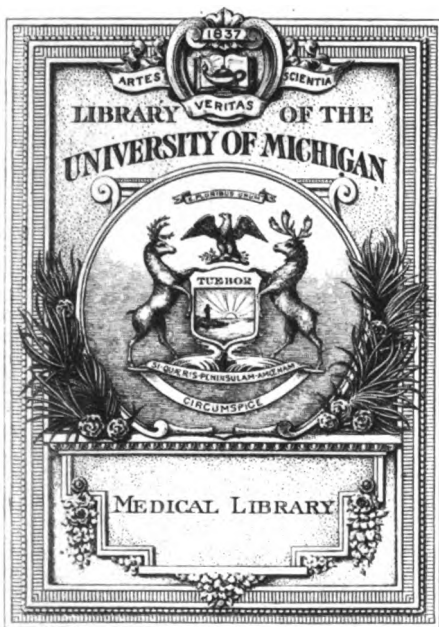
Clinica chirurgica

Istituto di patologica chirurgica, Rome

Anno VIII. - 1900

LA

CLINICA CHIRURGICA

LA

CLINICA CHIRURGICA

PUBBLICATA

col concorso dei Professori di Chirurgia

nelle Università Italiane

PERIODICO MENSILE

Anno VIII - 1900

CASA EDITRICE
DOTTOR FRANCESCO VALLARDI
MILANO
NAPOLI - FIRENZE - ROMA - TORINO - PALERMO
BOLOGNA - GENOVA - PISA - PADOVA - CATANIA - CAGLIARI - SASSARI - BARI
TRIESTE - BUENOS AYRES - ALESSANDRIA D' EGITTO

R. Clinica Chirurgica di Modena diretta dal prof. GIUSEPPE RUGGI

SUL METODO INGUINALE

NELLA

CURA RADICALE DELL' ERNIA CRURALE

PEL

Dottor CARLO NASI Assistente

Dalla maggioranza dei chirurghi è ormai riconosciuto che il metodo Ruggi per la cura radicale dell' ernia crurale gode il primato fra tutti gli altri consigliati; e la verità di questo mio asserto viene luminosamente provata anche dal fatto, che il Durante nel suo magistrale trattato di Patologia speciale chirurgica soltanto quello minutamente descrive. dichiarandolo superiore in efficacia ai numerosi ingegnosissimi processi che Italiani e Stranieri allo stesso scopo idearono.

Basato sulle leggi stabilite perchè un' ernia possa essere radicalmente curata su sani criterì anatomici, esso, oltre che nelle forme di ernia crurale comune, trova sua vera indicazione o meglio si rende indispensabile in quelle specie contro le quali nessun altro può dare maggiore garanzia di risultato. Già nella sua Pubblicazione (1) su questo argomento il Ruggi a pagina 30 diceva: « il metodo inguinale » da me proposto per la cura radicale dell' ernia crurale trova la » sua giusta applicazione anche nelle forme anomale ed in quelle » complicate. Anzi, a confronto degli altri metodi e dei processi » tutti del metodo crurale, il mio ha la superiorità indiscutibile di » poter agire colla massima sicurezza permettendo di vedere esatta» mente quello che si deve e che conviene di fare.... Anche nelle » ernie che si fanno strada in addietro ed al di sotto dell'aponeurosi » del pettineo (ernia di Cloquet) e nelle così dette ernie femorali esterne » ed interne del Velpeau, è mio convincimento che i processi del me» todo inguinale possono avere una favorevole applicazione ».

---

(1) G. Ruggi. Del metodo inguinale nella cura radicale dell'ernia crurale. Bologna, Zanichelli, 1893.

Ed è soltanto agendo dal di sopra, aprendo cioè il canale inguinale, che il chirurgo si trova nelle condizioni più favorevoli per tenere una condotta conveniente sia contro anomalie arteriose, sia ancora contro forme speciali anomale di ernie.

Troppo nota è la tecnica del metodo in discorso, perchè io debba qui aggiungerne una descrizione, e neppure voglio occuparmi della bibliografia dell'argomento giacchè anche in lavori recentissimi fu da altri diligentemente raccolta.

È mio intendimento, invece, contribuire a confermare il valore del metodo suindicato, sulla scorta di due casi dei quali uno non recente ed illustrato da fotografie abbastanza dimostrative favorite al mio Maestro dall'egregio Dottor Natale Zoia, l'altro operato dal chiarissimo Dottor Benedetto Schiassi Direttore per la chirurgia nello Spedale Umberto di Budrio.

* * *

Trascrivo il caso del Zoia come Egli lo descrisse in un suo lavoro inserito negli Annali universali di Medicina e Chirurgia (1).

Zoli G. di Magno di Cugino sui 50 anni ed ernioso da tempo, da sè colla mano si rimetteva facilmente un tumore alla regione crurale destra senza mai curarsi di applicare un cinto: nel settembre 1859 vide quel suo tumore farsi più grosso dell'ordinario e non riuscendo a ridurlo mi mandava a chiamare.

Accertatomi dello strangolamento di un' ernia crurale destra presentante un tumore del volume di una noce più elastico che fluttuante lievemente rivolto in alto misi in opera il taxis, e senza fare molta pressione mi riuscì di sorpresa l'inaspettato e pronto sfuggirmi sottomano della tumidezza e di ogni traccia della preesistente ernia. Non mi accorsi di gorgoglio. Dopo pochi minuti l'infermo si sentì sollevato: ma trascorse alcune ore i sintomi di strozzamento si resero di nuovo palesi, e dovetti convincermi di avere fatta una riduzione completa in massa, stante che l'anello crurale era ampio ed accessibile al dito esploratore, il quale sentiva dietro di esso un tumore tondeggiante e dolente. Tentato inutilmente ogni mezzo per ottenere che venisse fuori proposi l'operazione. Feci intervenire il collega dottor Acheni, al quale, esposto il caso, dissi di volere intraprendere il taglio dapprima esploratore poi come dell'erniotomia appena avessi riconosciuto ed estratto quel tumore. Ma a nulla valsero le parole: l'ammalato si rifiutò e dopo 36 ore moriva.

All'autopsia si osservò nel sito ove prima della riduzione esisteva l'ernia, sotto la plica falciforme del fascialata, l'esistenza di una nicchia a pareti cellulari e vuote, dell'ampiezza corrispondente al tumore retrospinto.

Aperta questa cavità si notò che essa aveva pareti liscie e si prolungava approfondandosi tra la vena ileo-femorale ed il legamento di Gim-

(1) N. Zoia. Studi e riflessioni intorno all' ernia strozzata in massa. Annali universali di medicina e Chirurgia. Ottobre, 1878, Milano.

bernat, nel canale crurale lungo 2 centimetri circa e largo in modo da lasciar passare il pollice. Insinuandovi un dito si arrivava al tumore ernioso, inclinato sul di dietro della branca orizzontale del pube e sulla parete posteriore del legamento ora nominato.

1. Art. epigastrica — 2. Peritoneo e fascia trasversalis spostate — 3. Ernia crurale ridotta in massa — 4. Nervo crurale — 5. Arteria crurale destra — 6. Aorta — 7. Cotone nel moncone dell'intestino — 8. Vena cava ascendente — 9. Arteria otturatoria.

Nel sito ove erasi collocata l'ernia notavasi uno spostamento del peritoneo parietale per uno spazio superiore al volume del tumore medesimo, per cui mentre all'interno la detta sierosa distaccata dalle pareti ventrali, stava immediatamente alla parte convessa del tumore, all'esterno invece era sollevato posteriormente come stirato dall'estremo interno del tumore stesso continuandosi col sacco erniario.

Un cingolo strozzante al collo di questo stringeva una piccola ansa

dell'intestino gracile; una ecchimosi dell'ansa strozzata le comunicava nn intenso color di vino e consistenti ne erano le tonache: quindi liberata quest'ansa sarebbe stata suscettibile di funzionare.

Con una pinzetta potei afferrare il tumore e con facilità stirarlo per il canale crurale all'infuori. Per il che, l'operazione non avrebbe trovato ostacolo od imbarazzo alcuno.

Mi riescì facile poi, attesa la lassezza del tessuto cellulare che circondava quel tumore, il ripetere a più riprese il meccanismo che aveva permesso la riduzione in massa.

Oltre questa descrizione così esatta e dettagliata, il Dottor Zoia preparò il pezzo anatomico che poi offrì al Prof. Ruggi, e che ora è conservato nel Gabinetto di codesta Clinica.

È appunto la fotografia di questo preparato che qui unisco, perchè parmi illustri il caso con sufficiente chiarezza.

L' altro caso, appartiene come dissi all' egregio Dottor Schiassi ed è da lui ampiamente descritto in una pubblicazione intitolata: Note di Clinica e di operativa (1).

Trattavasi di ernia crurale strozzata: l'operatore si accinse ad eseguire il Metodo Salzer-Novaro. Aperta la fossa dello Scarpa ed isolato il tumore, aprì il sacco il cui contenuto era dato da un entero-epiplocele. La metà interna del sacco era occupata dall'omento, il quale tenacemente aderiva al fondo del sacco stesso, ed un' ansa di intestino tenue congesto di colorito rosso-bluastro vi era compressa a lato.

Resecato l'omento, praticato lo sbrigliamento, intestino ed omento varcarono con abbastanza facilità l' anello crurale trascinando però con loro una piccola porzione di sacco.

L' avveduto chirurgo si accorse che la riduzione, benchè sembrasse, non era avvenuta giacchè l'ernia scivolando fra il connettivo grassoso della regione si era convertita in properitoneale. Ricorse allora senz'altro al metodo Ruggi; potè così comodamente dominare il tumore erniario e vedere che le aderenze fra omento ed intestino colla superficie interna della sierosa parietale continuavano anche al di là del colletto del sacco e si opponevano alla libera completa riduzione degli organi fuoriusciti: l'atto operatorio fu condotto a termine coll'applicazione classica del metodo Ruggi.

Lo Schiassi trae da questo caso le seguenti conclusioni:

I. Le aderenze non di rado riscontrabili fra visceri erniati e parete interna della superficie peritoneale specialmente negli epiploceli possono occasionare la formazione di ernie properitoneali.

(1) Bologna. Tipografia Gamberini e Parmeggiani, 1899.

II. Non è difficile che queste siano create anche per opera di un taxis cruento e che l'incidente sfugga all'attenzione dell'operatore.

III. Il metodo del Ruggi offre la sicurezza di avvertire sempre e di evitare quindi la gravissima complicazione.

***

In questi due casi che ho qui riportato trattasi adunque di ernia properitoneale: quella forma che va anche sotto il nome del Kroenlein, perchè fu da questo eminente Chirurgo con ogni diligenza studiata ed accuratamente descritta (1).

L'ernia properitoneale tanto crurale che inguinale può presentarsi variamente costituita. Essa può essere data da due sacchi di diverso volume comunicanti fra loro, dei quali uno esterno (crurale od inguinale), l'altro profondo intraddominale collocato fra il peritoneo parietale e la fascia trasversalis.

Il sacco profondo può, alla sua volta, assumere varia direzione e sede: essere cioè situato sul prolungamento dell'esterno, oppure deviare lateralmente, portarsi indietro della branca orizzontale del pube, od ancora all'interno verso la vescica.

La formazione del sacco properitoneale può provenire da una specie di diverticolo sviluppatosi dalla parete del sacco esterno e svolgentesi dietro le pareti addominali davanti al peritoneo parietale; come può darsi che essa dipenda direttamente da un diverticolo peritoneale: una parete di questo può spingersi in avanti attraverso l'orificio crurale dando così luogo ad un'ernia crurale propriamente detta naturalmente consociata ad ernia properitoneale.

Le manovre del taxis, possono, come nel caso osservato dal Dottor Zoia, ridurre l'ernia in massa: sacco e contenuto essere allora insieme respinti, e l'ernia pur rimanendo sempre strozzata farsi properitoneale. La maggior parte degli Autori anzi vorrebbe che in generale le così dette riduzioni in massa dipendessero dalla presenza di un diverticolo del sacco, di una loggia annessa vicina al colletto il più spesso properitoneale, entro la quale il taxis spingerebbe il sacco col contenuto invece di farlo rientrare nel cavo addominale.

Avvenga il fatto in un modo o nell'altro, al momento in cui il chirurgo tenta la riduzione, o siano già prima in tal modo le cose disposte, si comprende che tale circostanza è gravissima ed esige una cura pronta ed efficace.

Il Kroenlein là dove parla dell'ernia inguino-properitoneale cerca di delinearne anche la sintomatologia, e vuole che gli stessi sintomi

---

(1) Weitere Mittheilungen über die Hernia inguino-properitonealis. Kroenlein. Arch. für Klin. Chir. 1880, pag. 548.

se non completamente, almeno in buona parte servano per la diagnosi dell'ernia cruro-properitoneale.

Egli dice che in molti casi sarà sopratutto la palpazione che dimostrerà anello e canale liberi, mentre al di sopra dell'arcata palpando profondamente si sentirà una massa formata dal tumore erniario anormalmente situato.

Non è improbabile però che questo stato di cose rimanga sconosciuto, e soltanto al momento dell'atto operativo venga scoperto; o tanto meglio sarà riconoscibile, più facilmente curabile usando il metodo inguinale che condurrà direttamente sul sacco anomalo, permetterà di vedere bene e distintamente i suoi rapporti, cosa che riuscirebbe assai malagevole, se non impossibile, agendo dalla fossa dello Scarpa.

Osservando la tavola che rappresenta il caso occorso al Dott. Zoia risulta abbastanza chiaro di quanto in simili casi sia facilitato il compito del chirurgo coll'applicazione del Metodo Ruggi.

Ora, ammesso che questa forma anomala di ernia, per quanto rara si può presentare (1), che non sempre è facile il diagnosticarla prima che il bistorì l'abbia scoperta specialmente se formata da due sacchi, che costituisce una gravissima complicanza, è evidente di quanta importanza sia per il chirurgo possedere una certa familiarizzazione col metodo inguinale come quello che fra i tanti consigliati ed usati offre le maggiori probabilità di successo.

Il Leyars (2) in quel suo splendido libro — Chirurgie d'Urgence — da poco dato alle stampe, a pagina 581 dice:

In presenza di un sacco profondo cruro-properitoneale, di un'ernia del cieco o della vescica, ed in via generale in tutti i casi nei quali è indispensabile farsi del largo, quale processo si seguirà per allargare l'accesso, da qual lato si amplierà l'anello crurale?

La via esterna è totalmente interdetta: è la regione vascolare; l'incisione liberatrice non potrà portarsi che in alto.

Ed è noto che tanto il cieco che la vescica possono riscontrarsi in un ernia crurale. L'Ansinn (1) ha raccolte 22 osservazioni di cistocele crurale: di queste 7 furono riconosciute perchè la vescica fu aperta durante l'operazione, 8 volte l'errore fu avvertito o perchè fistole urinose susseguirono all'atto operativo, od al tavolo anatomico. Anche in questa circostanza più difficilmente il chirurgo sbaglierà

---

(1) Casi citati dal Berger. (Trattato di Chirurgia. Duplay e Reclus. Vol. 6.°, pag. 191). — Weiss, Wiener med. Presse 1870. Baron, Corr. Blatt für Schweizer Aerzte 1885, n.° 17. — Tansini. Centrablatt für Chirurgie 1886. — Andrassy. Beiträge zur Klin. Chir. 1886. — Wege. Dissert. inaug. Cli. Halle 1887. — Rossander New-Jork med. News 1885.

(2) Leyars, Chirurgie d'Urgence. Masson et Ci. Editeurs, 1899.

(3) Ansinn: Centralblatt für Chirurgie N. 26. 1.° Luglio '99.

avendo una larga breccia, un campo d'operazione libero ed aperto quale si ottiene col metodo Ruggi.

Un caso di cistocele crurale occorse al Ruggi stesso operando un ragazzo di 12 anni per ernia crurale sinistra (1).

L'Operatore aperta la fossa dello Scarpa trovò il sacco senza colletto e l'apertura del canale crurale assai ampia: non potendo farsi un concetto esatto aprì il canale inguinale e, fatto uscire per questa via il tumore erniario, si mise in grado di meglio esaminarlo e si accorse che il tumore era formato dalla vescica, la quale spostandosi lateralmente usciva all'esterno priva del peritoneo.

Questa dimostrazione non sarebbe stata possibile operando semplicemente nella fossa dello Scarpa attraverso il canale crurale.

*
* *

Dissi che il metodo inguinale dà al Chirurgo una certa sicurezza anche contro le anomalie arteriose che possono incontrarsi nella regione nella quale si deve operare, e delle quali le più frequenti ad osservarsi sono date dall'otturatoria.

Le statistiche degli Anatomici dicono che 1 volta su 3 l'otturatrice nasce dall'epigastrica nel qual caso il suo decorso può essere obliquo in dentro ed in basso; passa sulla vena crurale, si dirige al canale otturatore decorrendo lungo la superficie posteriore del legamento di Gimbernat e della branca orizzontale del pube.

Qualora esista un ernia crurale l'arteria circonderà naturalmente il collo del tumore in maggiore o minore proporzione a seconda delle piccole varietà cui può andare soggetta questa sua anomalia di origine.

Quain (2) in 101 casi in cui l'otturatoria proveniva dall'epigastrica ha riscontrato che 47 volte teneva il decorso suaccennato, ed il Cloquet (3) in 250 cadaveri ha potuto constatare che la detta arteria 168 volte presentava l'origine normale, 56 volte nasceva dall'epigastrica in ambo i lati, 28 volte da un lato solo, e finalmente 6 volte originava dall'arteria crurale.

Sta di fatto però che nonostante le sue anomalie l'otturatoria è stata raramente lesa in seguito all'erniotomia, e che usando incisioni multiple e superficiali anzichè una sola e profonda riesce sempre più facile evitare il pericoloso inconveniente; ma è altrettanto vero che ci porremo ancora più al sicuro da questa complicanza quando, aprendo il canale inguinale, ci metteremo in grado di meglio conoscere e distinguere i rapporti anatomici presentati dai vari organi contenuti nella regione in discorso.

---

(1) G. Ruggi loc. cit.
(2) Testut. Trattato di anatomia umana.
(3) Hirtl. Anatomia dell'uomo, pag. 820,

*
* *

Il metodo Ruggi adottato su larga scala ha sempre pienamente corrisposto: si è dimostrato di facile esecuzione, e si è acquistato, ripeto, il primato fra tutti gli altri metodi e processi immaginati allo stesso scopo.

Vi fu chi volle modificarlo in qualche suo tempo, chi espresse il timore che le aponeurosi che vengono portate a contatto non fossero capaci di una salda e duratura adesione, che si mostrò preoccupato per il dubbio di probabile ernia inguinale come lontana conseguenza dell'azione che si esercita sul canale inguinale stesso.

Gli esperimenti del Giordano dimostrarono come fossero possibili, non solo ma tenaci le adesioni, fra fascia pettinea e legamento di Falloppio e ciò fa ragionevolmente credere che altrettanto avvenga tra i legamenti di Cooper e di Falloppio: contro l'altra obiezione poi ha ormai risposto il tempo.

Aggiungo infine che nell' ernia crurale libera può dirsi riesce sempre l'applicazione del 2.° processo (1) vale a dire: trarre il sacco in alto attraverso il canale inguinale senza agire dalla fossa dello Scarpa. Una incisione rettilinea di pochi centimetri è, nel maggior numero dei casi, sufficiente e ciò specialmente quando si tratti di donna giovane è dal lato estetico di una certa importanza.

Stavo per dare alle stampe queste poche pagine quando, nel Resoconto del XIV Congresso della Società Italiana di Chirurgia pubblicato nel supplemento al N. 10 di questo Periodico, anno 1899, ho letto una comunicazione dell'egregio Dottor Bonomo su di un nuovo processo di cura radicale dell'ernia crurale.

Secondo il Bonomo coi metodi fino ad ora consigliati non si potrebbe ottenere l'obliterazione dell'anello crurale e sarebbe assai difficile il conseguire affrontamenti del legamento di Falloppio col rivestimento fibroso della branca orizzontale del pube. Egli perciò rinunziando all' idea di abbassare il detto legamento sulla branca del pube, si serve, per la chiusura dell'anello crurale, della fascia trasversale; applica sulla superficie posteriore di questa fascia, che fa sporgere introducendo l'indice di una mano nel canale inguinale e spingendone in basso il pavimento, tre anse di filo che passano separatamente da dietro in avanti sotto il legamento di Cooper, ed escono sulla inserzione pubica dell' aponeurosi pettinea, sulla quale poi sono annodate.

L'A. studiando questo suo processo sul cadavere ha trovato che la fissazione della fascia trasversale sul legamento di Cooper riesce più facile applicando le anse del canale inguinale, e per ciò ottenere,

---

(1) **Ruggi, loc. c**

consiglia di dilatare con uncini smussi l'anello, scoprendo così la parete posteriore del canale inguinale nella sua porzione più interna, e se non è facilmente dilatabile sbrigliarlo un po' all'infuori ed in alto.

La fascia trasversale può essere infilata due o tre volte nel gomito di ciascuna ansa e, se occorre, si può comprendere qualche fascio dei muscoli piccolo obliquo e trasverso, per avere una barriera più resistente. Ristretto infine l'anello, l'operazione è completata come con gli altri metodi.

In questa guisa, conclude l'A., si stabilisce un tramezzo che oblitera l'apertura superiore dell'anello crurale molto in alto, ciò che non si ottiene nemmeno col metodo Ruggi.

***

Questo processo consigliato dal Bonomo, e da lui eseguito in un caso con buoni risultati, parmi non regga al confronto col metodo inguinale e ciò in special modo perchè non è immune dal difetto capitale e comune agli altri metodi, di non permettere cioè una completa asportazione del sacco: manca quindi ad uno dei precetti fondamentali sui quali deve essere basata la cura radicale di qualsiasi ernia, mentre invece lo scopo si raggiunge aprendo il canale inguinale ed agendo come il Ruggi consiglia.

La possibilità di adesione del legamento di Falloppio al rivestimento fibroso della branca orizzontale del pube è dimostrata oltre che dagli esperimenti del Giordano, dai risultati ottenuti col metodo inguinale: individui operati già da parecchi anni non presentano alcuna traccia di recidiva per quanto obbligati a lavori faticosi. Inoltre l'aponeurosi trasversa trovasi in un piano superiore al legamento di Poupart e se può essere abbassata e portata a contatto del legamento di Cooper, ciò dipende soltanto dalla lievissima sua resistenza: l'adesione e l'avvicinamento dei legamenti di Poupart e di Cooper presenta certo maggiore solidità e non s'incontrano grandi difficoltà per ottenerla.

E finalmente, come potrebbe il processo del Bonomo, che anche per la tecnica non è molto semplice, di fronte a casi anomali soprattutto di ernia properitoneale, presentare i notevolissimi vantaggi che ci vengono dati invece dal metodo Ruggi?

Ospedale di Arezzo

NUOVO PROCESSO
DI
GASTRO-ENTEROSTOMIA

PEL

Prof. A. MUGNAI

Il processo che ho l'onore di esporre al Congresso ha lo scopo di ovviare all'inconveniente gravissimo del pericolo della sepsi peritoneale per il versamento del contenuto stomacale od intestinale nell'addome, e quindi cerco di fare l'anastomosi gastro-enterica senza aprire in primo tempo la mucosa, in maniera che queste solo in secondo tempo, ad adesione della sierosa avanzata cadono in necrosi, stabilendo così la comunicazione fra lo stomaco ed intestino.

Il modo di operare da me provato con felice successo in tre casi, deriva da sperimenti di laboratorio e di clinica, fatti da altri e resi di pubblica ragione.

Già Knie nel 1890 aveva dimostrato che praticando sulle pareti dello stomaco e dell' intestino un' incisione fino alla sottomucosa ed affrontando quindi con sutura di Lembert i margini di questa incisione, dopo aver messo sulla specie di tasca che così si viene a formare un rotolo di fili di seta, si ottiene che, mentre accade una riunione completa e solida delle tuniche esterne, si stabilisce una comunicazione fra stomaco ed intestino.

Bastianelli nel 1894 fece conoscere un suo processo di gastro-enterostomia in due tempi, che prima era stato sperimentato sui cani nel Laboratorio di Anatomia Patologica del Prof. Marchiafava e che poi ebbe la sanzione clinica del suo autore e di altri chirurghi.

Con questo processo s'incidono col termo cauterio gli strati della sierosa e della muscolare fino alla sottomucosa dello stomaco e dell'intestino. Cauterizzata poi, lentamente e con cautela la sottomucosa dei due visceri, si completa la sutura a sopraggitto (di cui la prima metà si è fatta come primo tempo) intorno alle superfici ustionate, e dopo uno o più giorni, a seconda di quanto si è cauterizzato, la mucosa si necrotizza e si stabilisce l'anastomosi gastro-intestinale.

I processi di Knie e di Bastianelli si basano sul fatto che la mucosa dello stomaco e dell'intestino ricevendo la sua nutrizione vascolare prevalentemente dalle tonache sierosa e muscolare, spogliata di queste, cade in necrosi.

Nel 1898 Porta in Italia e Podrez all'Estero provarono che stringendo in un laccio, il quale abbracci a tutto spessore le tuniche, porzioni di parete gastrica, porzione di parete intestinale, per la estensione che vuol darsi alla fistola da stabilirsi, i tratti di parete stomacale ed intestinale compresi nel laccio cadono in cancrena e nel punto dove era stato messo il laccio si stabilisce la comunicazione fra stomaco ed intestino.

Porta ha impiegato per questa legatura un laccio elastico e Podrez un filo di seta, a punti variamente disposti. L' operazione di Podrez non è sicura e press'a poco nella metà dei casi, non riesce allo scopo.

Partendo da questi esperimenti di laboratorio e di clinica, ho eseguito il mio processo, il quale fondamentalmente si posa sul concetto della denudazione della mucosa gastrica ed intestinale dalle rispettive tuniche sierose e muscolare, onde la mucosa cada in necrosi, avvalorato poi dall'altro concetto che se un laccio produce una comunicazione gastro-intestinale quando abbraccia *tutti* i tre strati delle pareti, a maggior ragione stabilirà queste comunicazioni quando questo laccio serra la sola mucosa, precedentemente denudata dagli strati sieroso e muscolare che le dànno il principale nutrimento.

Quindi il mio modo di operare si riassume in queste due idee: cauterizzazione prima della sierosa e della muscolare fino alla mucosa, applicazione poi di un laccio sulle mucose così denudate.

Il processo è semplicissimo e si eseguisce in pochi minuti, senza alcun pericolo. Lo indico brevemente: sulla parete dello stomaco (anteriore o posteriore, nella quale si vuol far cadere l'anastomosi) fisso, con una sutura a sopraggitto, siero-sierosa, l'ansa dell'intestino, per la lunghezza di 6-7 centimetri. Alla distanza di 1 $^{1}/_{2}$-2 centimetri da questa sutura, cauterizzo per l'estensione di 3-4 cm. circa col coltello del termo cauterio tenuto a piatto, la sierosa e la muscolare, prima dello stomaco poi dell'intestino: la cauterizzazione è fatta con precauzione onde non perforare la mucosa, specialmente quella intestinale, e perciò tengo il coltello a piatto.

Allora prendo un ago nuovo armato di un robusto filo, che passo prima dall'esterno della mucosa gastrica nell'interno della cavità dello stomaco e da qui di nuovo all'esterno della mucosa; poi dall'esterno della mucosa intestinale all' interno del lume intestinale e infine da qui all'esterno della mucosa, stringendo in ultimo questo laccio con una soverchia energia. Il laccio abbraccia la porzione di parete gastrica ed intestinale precedentemente cauterizzata.

Come ultimo tempo completo la sutura a sopraggitto siero-sierosa intorno alle superfici cauterizzate e serrate dal laccio e l'operazione è terminata.

In questa maniera ho operato tre infermi, ammessi nel riparto chirurgico dell' Ospedale di Arezzo, in tutti ottenendo uno splendido, risultato per ciò che riguarda lo stabilirsi della fistola.

Il 1.° operato aveva un cancro molto esteso dello stomaco, il 2.° un ristringimento pilorico da ectasia dello stomaco ed il 3.° operato aveva uno stomaco che poteva dirsi tutto un cancro lasciando libero solo pochi centimetri quadrati della parete anteriore.

Il 1.° operato guarì dall'operazione e visse circa 50 giorni. L'autopsia — e il pezzo che conservo — dimostrò l'avvenuta anastomosi di sufficiente larghezza.

Il 2.° operato fino dalla 3.ª giornata mostrò il successo dell'operazione; alla partenza dall'Ospedale era aumentato di 10 Kgr.

Il 3.° operato si spense, per le sue gravissime condizioni, 8 giorni dopo l'operazione ed anche in questo l'autopsia dimostrò che il mio processo di gastro-enterostomia era riuscito allo scopo, solo lasciando un piccolo ponte di mucosa.

Istituto Chirurgico di Messina - Direttore prof. A. Salomoni

L'INTERVENTO CHIRURGICO NELLE FRATTURE DEL RACHIDE E NEL MORBO DI POTT

PER IL

Dott. Paolo Lombardo Pellegrino

La Chirurgia rachidiana ha, come ogni altro capitolo di chirurgia nel suo inizio, ardite genialità accanto al più scettico misoneismo — audacie meravigliose, accanto a scoramenti profondi. E per quanto emeriti Chirurghi abbiano in congressi e in articoli cercato di formulare una dottrina stabile, pure non si è ancora venuti a conclusioni definite, e la discussione, come si dice, tuttavia è aperta.

Noi sappiamo di non dir cose nuove, nè ci muove baldanzosa l'idea di disciplinare la dottrina, spinti soltanto dal modesto desiderio di portare nel formicaio il nostro granellino di miglio.

*
* *

Delle fratture del rachide nessuno, almeno in Italia, si è occupato di proposito, a nostro credere, perchè la rarità dei casi, sminuisce l'interesse dell'argomento. Ma molte quistioni intorno al loro trattamento si agitano nel campo della terapeutica chirurgica.

E anzitutto: le fratture del rachide vanno trattate con i mezzi cruenti o con i mezzi ortopedici?

Così d'un subito non si può stab'lire una condotta unica per ogni frattura, nè preferire questo piuttosto che quell'altro metodo. Certo è però, che, sin dal primo momento, il Chirurgo deve intravedere qual condotta gli convenga, perchè non crediamo sia del tutto indifferente anteporre il trattamento ortopedico, quando l'indicazione della frattura richiederebbe un trattamento cruento, valevole non solo a curare la consolidazione della colonna, ma anche (ed è quel che più interessa) le alterazioni concomitanti della frattura (ematoma, lesioni midollari, ecc.) — come d'altro canto, è dannoso esporre il paziente ad un'operazione non scevra di pericoli, senza che il caso lo richieda.

La diagnosi, precisa l'indicazione: — così, se trattasi degli archi

posteriori con affondamento dei frammenti, l'intervento cruento non soffre eccezioni, per comune consenso dei Chirurghi (Paolo d'Egina e Fabrizio Ildano, Malgaigne, Laugier, Félizet, Tillaux, Louis) — più difficile è stabilire l'indicazione, se trattasi di fratture dei corpi, le quali, del resto, sono; pur troppo! le più frequenti.

Nè si può invocare la gravità dell'accidente e quindi la riservatezza della prognosi come elemento in favore dell'operazione cruenta, — perchè, lasciando stare che non è del Chirurgo subordinare il suo intervento al motto a *mali estremi rimedi estremi;* ci son fratture vertebrali sì lievi che permettono al paziente di proseguire i suoi lavori manuali, e che più tardi presentano un quadro fenomenologico spinale, veramente spaventevole; quadro, che un saggio intervento avrebbe potuto evitare. D'altro canto la paralisi può essere l'effetto di una distorsione, che determini stravaso sanguigno comprimente, o anche contusione del midollo — e più tardi minorare d'intensità fino a cessare del tutto.

A priori non si può nemmeno indicare se sia più conveniente aggredire la colonna fratturata in primo tempo, o dopo la consolidazione; la nostra condotta dovendo unicamente essere regolata dalle condizioni create dalla frattura. Che se noi abbiamo lesione della midolla, grande spostamento dei frammenti, ematoma copioso, dannosa riuscirebbe ogni manovra di riduzione ed inutile sempre, perchè l'affrontamento dei frammenti non sarà mai perfetto nè si può mantenerlo con gli ordinarî mezzi di contenzione; — e in questi casi è lodevole pratica aprire il canale rachideo, esplorarlo, estrarne i frammenti comprimenti, suturare, se del caso, la dura e fin la pia meninge (Chipault). Viceversa se si ha da fare con una frattura, in cui i sintomi midollari o mancano o sono poco appariscenti; lo spostamento dei frammenti, poco pronunciato; — la riduzione e la contenzione sono sufficienti, quando, nel contempo, si fa una cura razionale dei sintomi concomitanti. Se peraltro il quadro si aggraverà nel decorso o persisteranno i fenomeni paraplegici allora in 2.° tempo il chirurgo compirà quel che prima non sarebbe stato prudente.

Massima prudenza quindi e massima accortezza, perchè non ci sorprenda il rammarico di aver fatto troppo o troppo poco.

Gl' interventi operativi non sono peraltro così pericolosi come comunemente si crede. Gli è che il più delle volte s' interviene in condizioni disperate. I pochi casi che abbiamo raccolti ci autorizzano a ritenere la laminectomia nelle fratture del rachide, un grande e prezioso acquisto del patrimonio chirurgico.

In 16 interventi, che riferisce Chipault, si registrano 4 morti, 5 guarigioni complete, 1 guarigione operativa, 6 miglioramenti. Il 25 % di morti non è a nostro avviso una percentuale elevata, se si pensa alle condizioni disperate create da una frattura del rachide.

Nè i casi di Regnier, Gurlt, Sonnenburg, di guarigioni avute con

i mezzi ortopedici, son decisivi per la prevalenza da accordare all'ortopedia, — perchè, nella maggior parte di essi, mancano i fenomeni midollari.

La quistione resta quindi come noi l'abbiamo posta, nè la pregiudica il precetto di Goldscheider, che dice: « nelle fratture del rachide la paralisi non indica l'intervento chirurgico precoce, che in casi eccezionali: la regola per i casi recenti è di contentarsi del trattamento ortopedico ».

Ma dopo parecchio tempo sono i reliquati della frattura che si combattono, e si capisce che altra via non c'è che la laminectomia; ma si capisce pure, che molto spesso son questi reliquati, che il medico ha il dovere d'impedire.

È comodo suggerire al chirurgo: in un primo momento contentatevi del trattamento ortopedico, ma intanto la degenerazione secondaria delle fibre del midollo si estende, l'atrofia dei muscoli si accentua, la paralisi vescicale e rettale espone all'autoinfezione e all'autointossicazione, le escare da decubito sulla pelle atrofica si estendono e quando si crede sia venuto il tempo d'intervenire non si registrano, nella migliore delle ipotesi, che guarigioni operatorie o leggeri miglioramenti.

La condotta al chirurgo la suggerisce unicamente la constatata e constatabile lesione midollare, per cui ogni esitazione diventa colpa, che il chirurgo coscienzioso non potrebbe perdonarsi.

Ma a tal scopo bisogna considerare un altro fattore: la riparabilità o meno delle lesioni midollari.

Ora negli animali può succedere una cicatrizzazione della ferita del midollo con ritorno della funzione (Flourens, Brown-Sequard nei colombi) — pezzi escisi di midollo possono rigenerarsi (Marius e Vañlair nelle rane, Denton e Naunyn nei cani) — osservazioni recenti dimostrano altresì possibile la guarigione del midollo reciso, e con quasi certezza la guarigione del midollo parzialmente spappolato. Noi al fine di sincerarci sul valore di queste osservazioni, abbiamo istituite esperienze su conigli e cavie, da cui abbiamo potuto trarre le seguenti conclusioni:

Il midollo spappolato o reciso estesamente o in totalità non si rigenera e l'animale muore per paralisi ascendente.

Il midollo punto superficialmente con un ago in modo di avere paresi del treno posteriore, cicatrizza o anche si rigenera (coniglio) e si ha il ritorno della funzione ad integrum.

Le ferite operative delle guaine involgenti il midollo guariscono anche se ampie e con fuoriuscita di abbondante quantità di liquido aracnoideo — producendo una paralisi transitoria (cavie) che dura parecchie ore (4-12 ore) spesso permanente, nel qual caso è prodotta da ematoma comprimente (causa frequentissima).

Questi risultati, a noi pare rispondano ai concetti fondamentali,

che si possiedono intorno alla fisiopatologia del sistema nervoso — e giustifichino l'intervento chirurgico nelle lesioni midollari.

Non neghiamo che la laminectomia abbia con sè i pericoli di tutte le gravi operazioni, ma nemmeno la riduzione ne è scevra. Basti dire che può determinare una falsa posizione dei frammenti, donde una lesione midollare, che prima non c'era — ed è perciò che saggiamente il Koenig raccomanda mille precauzioni pur nel trasporto dei fratturati, e vorrebbe limitata ogni manovra di esplorazione il più che sia possibile, potendo un movimento relativamente piccolo « suscitare sintomi gravi e fin la morte ». Se poi si pensa di agire con le manovre riduttive quando già la frattura si è consolidata, si corre allora un altro rischio o che la riduzione si faccia in modo brusco, come consiglia Legouest, o che la si faccia lentamente per mezzo di cinghie, come consiglia Malgaigne. Giacchè o si provoca nuova frattura per togliere la deformità, e si aggrava il male; o non si tolgono affatto gli effetti della deformità stessa — callo o scheggia sporgente nel lume rachideo. E Koenig ripudia in modo assoluto ogni tentativo di togliere con l' estensione e controestensione la deformità e i suoi effetti — e Kirmisson ritiene addirittura temerario, se la consolidazione è completa, tentare la rottura del callo.

Dunque per combattere i reliquati di una frattura consolidata in modo deforme, non c'è dubbio: l' operazione non foss' altro è razionale, è consigliata dall' anatomia patologica e dalla sintomatologia — la riduzione pericolosa o per lo meno di esito incerto.

Infatti, quali sono gli obiettivi, che si propone un chirurgo quando si decide ad intervenire con una laminectomia?

Se l'intervento è dopo parecchio tempo dell'avvenimento, altro obiettivo non si ha che di togliere qualche frammento d' osso (casi di Groeme, Saltzer, ecc.) o il callo esuberante (caso d'Israel) o l'iperostosi (caso di Pantzer) o gli ematomi sottomeningei organizzati (caso di Lampiasi) e gli esiti sono in tutti brillanti. Ma se l' intervento è subito dopo l'avvenimento altri sono gli obiettivi che noi cerchiamo di abbozzare, non avendone trovata traccia nei libri che abbiamo consultato.

La fenomenologia della frattura importa due indicazioni: 1.° curare tutti i sintomi e sopratutto il più imponente la paraplegia: 2.° consolidare la colonna assicurandone la solidità.

Se questi sono gli obiettivi del chirurgo altro mezzo che li raggiunga, torniamo a dirlo, non c'è, all'infuori della laminectomia.

Come infatti si vorrebbe altrimenti provvedere ad una lesione midollare prodotta dal frammento d'osso fratturato, o a svuotare un ematoma comprimente? Per noi è tanto evidente, che non sappiamo spiegarci le oscitanze di tutti gli autori a ricorrere nelle fratture con paraplegia, alla laminectomia. Nè l' insuccesso di Mugnai (XIII Congresso della Società Italiana di Chirurgia, 4 ottobre 1898) infirma il

principio dell' intervento immediato nelle fratture del rachide. Egli stesso spiega l'insuccesso terapeutico con lo spappolamento esteso del midollo spinale — e come risulta dai nostri esperimenti la riparazione allora è presso che impossibile e mai completa.

La tecnica della laminectomia è stata descritta nei più minuti particolari dal Prof. Chipault. Ma giova subito rilevare, come, con identico nome, s'indichino due operazioni differenti, se non per finalità, certo per indicazioni e per difficoltà di manovre. Si dice indifferentemente *laminectomia* tanto una resezione dell' arco vertebrale posteriore al peduncolo, quanto alle lamine propriamente dette. Noi, con molte operazioni sul cadavere, abbiamo potuto stabilire, che altra cosa è la resezione degli archi delle lamine, altra ai peduncoli; — e per convincersi basta ricordare la forma anatomica delle vertebre. La laminectomia propriamente detta è più facile perchè lo scollamento del lembo muscolo-periosteo giunge sino alla faccia posteriore delle apofisi trasverse, si può con più facilità adoperare la sega o lo scalpello, senza pericolo di ledere le radici dei nervi spinali, non s' incontrano rami arteriosi di qualche calibro, non c' è pericolo di ledere organi importanti; — però l'apertura del canale, che si viene a praticare, è un poco limitata.

L'asportazione completa degli archi ai peduncoli, presenta maggiori difficoltà, per l'immediata presenza delle radici nervose, per lo scollamento muscolare e periosteo, che riesce più stentato, per i rami lombari, che devono scansarsi; — in compenso l'apertura del canale è più ampia e riesce facilitato il tempo successivo dell' operazione: esplorazione del canale ed estrazione di frammenti od escisione del callo, o svuotamento dell'emorragia intradurale, che può mentire una paralisi per lesione midollare; — momenti tutti, che formano il vero obiettivo del chirurgo.

Non abbiamo trovato criteri di esperienza clinica sufficienti per determinare tassativamente quali siano le indicazioni per una resezione ai peduncoli, e quali per una laminectomia. Quando occorre, il che può accadere talvolta, di avere un'apertura larga, si eseguirà la resezione ai peduncoli, i cui vantaggi sono reali, giovando anche a togliere, se c'è, la compressione delle radici, mentre che le difficoltà, con una buona pratica sui cadaveri, agevolmente si superano.

Ordinariamente però si esegue la laminectomia, la quale, oltre ad essere più agevole, assicura al rachide una maggiore solidità, rimanendo in sito i processi articolari e trasversi. Comunque, è buona pratica, a nostro avviso, incominciare l' operazione con la resezione delle lamine di una o due vertebre; e poi, se le esigenze operative lo richiederanno, si continuerà con la resezione ai peduncoli.

Si comincia l' operazione con l' incisione longitudinale cutanea quando si tratta di 1-2 vertebre lunga 10-15 cm.: si fa estesa perchè la massa muscolare è molto voluminosa e poi perchè c'è poco danno

a prolungare l'incisione di 2-3 cm. in più mentre i vantaggi sono immensi. Il 2.° tempo è lo scollamento muscolo periosteo che si esegue tagliando i fortissimi attacchi tendinei che fissano i muscoli della doccia per ottenere il divaricamento dei margini della ferita.

Per divaricare, Chipault consiglia l'uso d'un suo divaricatore speciale a branche piene coperte di ovatta per frenare l'abbondante emorragia venosa, che i margini della ferita ordinariamente dànno — ma non crediamo i suoi *ecarteurs* indispensabili, potendo giovare alla bisogna, i comuni divaricatori vestiti di garza.

Messo a nudo tutto l'arco posteriore della vertebra, resta a praticare la resezione ossea con un processo *poco traumatizzante* e che permetta più tardi a la parete di rigenerarsi per compiere la sua funzione di protezione e di sostegno. Gli scalpelli, di cui ce n'è un grandissimo numero, e il martello, servono sufficientemente bene, ma sono traumatizzanti, mentre le radici spinali non sono abbastanza garantite da una scappata dello strumento. Noi sul cadavere, assistiti cortesemente dall'egregio Dottor Gaglio, 1.° assistente della clinica, abbiamo adoperato la sega del Gigli, per passar la quale tra un forame di coniugazione e l'altro, o tra una lamina e l'altra ci siam serviti d'un comune ago di Cooper portante un filo a cui era attaccata la sega; — con maggior agevolezza servirebbe forse la molla da orologio, che si è impiegata pel cranio (Lauenstein) o anche la sega circolare dei dentisti. La Gigli permette di agire rapidamente e col minimo traumatismo. Aperto il canale si esperisce il primo obiettivo.

Ma l'ablazione della parete posteriore di 5-6 vertebre compromette grandemente la solidità della colonna, che è dovere del chirurgo garentire. Pack infatti ha notata una recidiva di frattura, in seguito a uno sforzo relativamente leggiero, un anno dopo una laminectomia. Per consolidare la colonna, bisogna scegliere, come consiglia Chipault, « un metodo che permetta la rifazione più o meno soddisfacente della parete posteriore tolta dalla laminectomia ». Ma non bisogna dimenticare l'altro precetto *che negl' interventi sul rachide devesi apportare il minimo traumatismo.* Ed è perciò che escludiamo, senza discussione, le operazioni di Dawbarn ed Urban, essendo abbastanza eloquenti le cifre:

Interventi con la formazione di lembi osteo-muscolo-cutanei.

Intervento	Esito	Operatori
Laminectomia per frattura	Soddisfacente	Dawbarn
» »	Miglior. progressivo	Urban
» »	Nessun miglior.	»
» »	Negativo	Platt
» »	Morte durante l'op.	Stillman
» »	Morte	»
» per male di Pott	»	Bullard
» »	»	Urban
» »	»	»

Più razionale è il metodo Ollier che consiste nello *scollamento del periostio degli archi, che si lascia aderente al lembo muscolare prima di fare la resezione degli stessi.* E Chipault, così facendo, ebbe 4 successi clinici, 2 per frattura e 2 per morbo di Pott. — Tre successi constatati alla necroscopia dopo parecchio tempo, 2 per morbo di Pott, 1 per frattura.

Il metodo Ollier ha quindi la sanzione anatomo-patologica. Ma il raziocinio, in prima, e la prova sul cadavere, dimostrano che la conservazione integra non è possibile. — Così dopo l'opera di demolizione il chirurgo potrà compire l'opera di rigenerazione ossea al fine di raggiungere il 2.° obiettivo: la protezione del midollo e la consolidazione della colonna.

Con una tecnica così rigorosa i risultati non possono essere che confortanti. E infatti se la statistica di Gurlt impensierisce perchè su 21 casi di trapanazione del rachide solo 4 rimasero in vita, la statistica di Chipault degl'interventi in quest'ultimo decennio, che più su riferimmo, esclude ogni dubiezza dei chirurghi, non registrando che il 25 % di morti. — E di più gl'insucccessi, che in essi si registrano, devono imputarsi alla gravità della lesione, mentre nei casi di Gurlt una gran parte va a carico della tecnica primitiva molto traumatizzante.

E torniamo ad insistere nella nostra domanda: Che cosa di meglio per le fratture ci offre l'arsenale ortopedico?

L'apparecchio ingessato o di feltro può sul serio ridurre e contenere una frattura minorando le conseguenti lesioni midollari o svuotando l'ematoma o rompendo le aderenze della pia?

Per le fratture cervicali esso intanto è completamente inutile, anche perchè esse sono ordinariamente complicate a lussazione e per le lussazioni vertebrali è preferibile l'allacciamento a la Chipault.

Nelle dorsali e lombari, se gravi, è inefficace; non mutando, come già avvertimmo, le condizioni anatomo-patologiche della frattura. — Più razionale riesce applicato dopo l'intervento operativo, come misura protettiva, per un periodo di tempo più o meno lungo, o anche in casi lievi, in cui basta l'immobilità in buona posizione.

Non c'è da attendersi molto dalla sospensione alla Sayre, che precede ordinariamente l'immobilizzazione col corsetto; giacchè è ripudiata dagli stessi fautori del trattamento ortopedico delle fratture, i quali poi la consigliano in epoca lontana del traumatismo (Lerlier, Wagner, Papail) — ma qual valore essa abbia a frattura consolidata noi già lo vedemmo.

Comunque, l'estensione e la controestensione fatta sempre in modo blando possono talvolta rimettere i frammenti in buona posizione e noi a tal uopo troviamo logica la posizione *a capo pendente* preferita da Levassort nel male di Pott. Nella posizione a capo pendente si ha lo stiramento massimo della colonna, vincendosi agevolmente la resi-

stenza dei muscoli e della cassa toracica. Ricordando poi il meccanismo di avvenimento delle fratture, questa posizione sembrerà la più opportuna per facilitare lo scorrimento delle superfici fratturate, di cui il segmento inferiore è sempre quello che sporge nel canale. — Non è lo schiacciamento vertebrale che produce la frattura (Ferè, Menard) non lo strappamento (Mollière e Chédevergue) ma l'una causa e l'altra, l'associazione cioè di queste due forze per cui le fratture avvengono sempre in quei punti della colonna, in cui a un segmento più mobile ne segue un altro meno mobile. — Ora questi segmenti più mobili sono quelli che si estendono più facilmente e più completamente nella posizione di Levassort.

Che cosa c'è di più da pigliare in considerazione nell'ortopedia?

Lascio di proposito i letti di varia forma e di vario meccanismo che si riferiscono tutti a manovre riduttive, le quali meglio si compiono, come già dicemmo, nella posizione a capo pendente — e vengo senz'altro a parlare dell'ortopedia operatoria.

Il problema fu posto da Wilkins nel 1888 col tentativo di legare una vertebra lussata. Laplace (1889) Hadra (1891) Chipault (1894) fecero altri tentativi sempre in lussazioni e con esito felice — mentre Church e Lane hanno impiegato l'allacciamento, in fratture, registrando anch'essi 2 guarigioni.

Il problema per la sua razionalità è seducente — infatti la prima idea, che si presenta alla mente è d'incatenare con mezzi artificiali, le vertebre, che hanno infranti i legami naturali; — e nelle lussazioni i successi sono brillanti e duraturi. — Ma nelle fratture sono mutate le condizioni anatomo-patologiche, e quantunque i due soli casi di cosiffatto intervento siano favorevoli, noi siamo anche meno ottimisti di Chipault, il quale consiglia l'allacciamento unicamente come complemento delle laminectomie. — E il nostro scetticismo trova giustificazione nella considerazione, che dopo la resezione di 4-5 archi, l'allacciamento delle apofisi spinose delle vertebre sopra e sottostanti alla breccia non è che illusoria, non conferendo nè solidità nè rigidità al rachide.

Le conclusioni che sorgono da quanto abbiamo detto sono sufficientemente precise per servire di norma costante ai chirurghi nel trattamento delle fratture del rachide. — Al fine di precisare l'indicazione bisogna, a nostro avviso, badare unicamente al midollo spinale, i risentimenti e le lesioni del quale sono senza dubbio le complicanze più gravi, e malauguratamente più frequenti, delle fratture del rachide. — Se mancano, i mezzi ortopedici ordinari, immobilizzando il rachide, sono sufficienti alla riduzione e contenzione della frattura, la quale per sè in nulla differisce dalla diastasi delle altre ossa dello scheletro. (*Continua*).

Ospedale civile di Venezia.
Divisione chirurgica diretta dal Dott. D. Giordano

Sul processo di cicatrizzazione

DEL CONDOTTO CISTICO IN SEGUITO ALLA SUA LEGATURA

Ricerche sperimentali ed istologiche

DEL

Dott. C. DALLA ROSA

assistente

Nell'esecuzione della colecistectomia, un tempo dell'operazione che richiede una grande attenzione ed accuratezza, è il trattamento del condotto cistico.

Si tratta di chiudere in modo permanente un canale, il cui scopo fisiologico è rimasto abolito dalla soppressione della cistifellea, mentre la sua interna superficie, rivestita di mucosa, ha poca tendenza pei processi di reciproco saldamento.

Per raggiunger l'intento, molti chirurghi si accontentarono di una semplice legatura, (Langenbuch, Terrier, Segond), altri ne collocarono due molto ravvicinate (Broca), o diedero un più valido appoggio all'unico laccio facendolo passare, con un ago montato, attraverso le pareti del condotto; altri ancora ne arrovesciarono le pareti nell'interno del lume, suturandone poi le superfici sierose poste a contatto con una (Deroubaix), o con due serie di punti (Périer).

Alla legatura del condotto alcuni aggiunsero la cauterizzazione della mucosa col ferro candente (Ohage), o con l'acido fenico, od il sublimato.

Si pensò ancora di sostituire un trattamento extra-peritoneale all'affondamento del moncone, protetto o meno da un drenaggio capillare, sia fissandolo nella ferita addominale (Michaux), sia circoscrivendolo, col mezzo del grande omento, in una saccoccia sotto il fegato, indipendente dalla grande cavità del peritoneo (Terrier).

Sull'orme di Langenbuch, che sconsigliava affatto di adoperare il catgut, pel timore di una precoce caduta del laccio con esito mortale, quasi tutti i chirurghi adoperarono, come materiale di legatura, della seta robusta.

La varietà di queste proposte rispecchia da un lato il timore dei pericoli segnalati da Lawson Tait per la mancata cicatrizzazione del condotto, dall'altro l'incerta fiducia sulla reale efficacia della semplice legatura.

Effettivamente i risultati della clinica e dell'esperimento hanno dimostrato poi che, anche la semplice legatura del condotto cistico è generalmente sufficiente per determinare la chiusura permanente: però nessuno ha ricercato come si svolge, e quali sono le fasi del fine substrato anatomico, che fa riscontro al fatto clinico e sperimentale grossolano, dal che dovrebbe senz'altro scaturirne l'argomento decisivo della sua futura solidità.

E poichè nel corso di certe mie esperienze, fatte con altri intendimenti, ho avuto occasione di estirpare la colecisti a parecchi cani, legandone il condotto cistico solamente con un filo di catgut, e sacrificando poi questi animali, a diversi periodi di distanza, ho potuto osservare che la chiusura del moncone sembrava perfetta, sono stato preso dal desiderio di seguire quest'ordine di indagini, tanto più che all'infuori del Giordano, il quale seppellisce poi il moncone legato con catgut robusto, con punti alla Lembert di catgut più sottile, non mi risulta che molti abbiano adoperato questo materiale di legatura, particolare di tecnica non senza valore, per coloro almeno cui ripugna di abbandonare nello interno dei tessuti o nelle cavità un corpo poco o punto assorbibile, e che quandochessia può accendere dei fenomeni di eliminazione spontanea.

Studiare le successive modificazioni istologiche cui va incontro il condotto cistico, là ove sia legato e legato con catgut, e stabilire in via subordinata se questa legatura è sufficiente per ottenere una valida cicatrice definitiva, è stato quindi lo scopo di questo mio breve lavoro.

I cani operati di colecistectomia furono sei, e l'operazione venne condotta con ogni cura, senza maltrattamenti ed osservando le più rigorose cautele asettiche.

Guarirono tutti per prima intenzione, e vennero sacrificati rispettivamente dopo 6, 13, 18, 25, 32 e 40 giorni, con una iniezione intraperitoneale di stricnina.

Appena l'animale era caduto, ricercavo il moncone del condotto cistico, trovandolo costantemente affondato in un solco del fegato, non dilatato, circondato da tenue aderenze, senza pus. Reciso, veniva posto in formalina al 4 per cento per fissarlo, poi passato in alcool per indurirlo, ed infine incluso in paraffina. Ogni dotto venne sezionato in serie al microtomo, e le sezioni colorate col carmallume.

I fatti osservati furono nella loro essenza identici per tutti sei gli animali, con differenze di grado riferibili solamente alla fase cui era giunto il processo di cicatrizzazione.

Come più dimostrativo, riferisco qui soltanto il reperto micro-

scopico della prima e della terza osservazione, dopo 6 e 18 giorni dalla legatura del condotto cistico, ove le sue modificazioni, da uno stadio di pieno svolgimento, passano poi a quello che sarà quasi definitivo.

Il primo dotto venne sezionato in serie dalla superficie di sezione fino a parecchi millimetri al di sopra del laccio, fin dove la sua struttura si conservava normale.

I fatti osservati microscopicamente furono i seguenti:

Nel tratto al di sotto del laccio, la mucosa aveva assunto un grado di estroflessione abbastanza cospicuo, così che su molte sezioni, a partire dalla superficie di sezione verso l'alto, i villi della mucosa, tutt'ora riconoscibili, erano rivolti verso l'esterno, però erano ridotti a non altro che residui in via di completa degenerazione, e conservanti solamente un' analogia di struttura, con ciò che è la mucosa normale.

Infatti di quelle alte pieghe della mucosa, che vengono veramente a costituire altrettanti villi, era riconoscicile lo stroma, ma del bellissimo epitelio cilindrico alto, che li riveste normalmente, non rimaneva che una serie di elementi tumefatti. con nucleo affatto distrutto, con margini sfumanti, in molte parti fusi in masse amorfe, in altre ancora completamente distrutti.

Il resto della parete era pure scompaginato, disseminato di copiose emorragie, infiltrato di leucociti, in parte in degenerazione granulosa e nuclei frammentati.

Subito al di sopra del laccio, si osservava pure una desquamazione dell'epitelio, ed una infiltrazione notevole della parte fondamentale, mentre il lume, ridotto piccolo ed irregolare, conteneva prodotti infiammatori ed emorragici, e brandelli di epitelio quasi non più riconoscibili. Residui di materiali biliari non giunsi a riconoscerne.

Procedendo verso l'alto, l'epitelio cominciava a mostrarsi conservato in tratti della mucosa che, quanto più si risaliva, tanto più prendevano della periferia del lume.

Un connettivo di granulazione occupava i punti residui, ove non solo mancava l'epitelio, ma anche la struttura ad alti villi era completamente mascherata; questo connettivo andava invece a sua volta riducendosi di mano in mano che ricompariva la struttura normale della mucosa del dotto. Vedi Fig. 1.

Per un buon tratto verso l'alto, i villi stessi presentavano ancora uno stroma a vasi fortemente congesti, in qualche punto lacerati, con versamento emorragico all' intorno. Questi punti della mucosa non contenevano residui liberi di materiali biliari, nè i suoi singoli elementi erano impregnati da pigmentazioni da quelli derivanti.

Il secondo dotto, proveniente dall'animale ucciso in 18.ª giornata, venne pure sezionato in serie, ma in senso parallelo al suo asse longitudinale. Con ciò alcune particolarità del processo si poterono ricostruire con maggiore facilità.

Anzitutto, al di sotto del laccio, la mucosa si vedeva estroflessa, come nel caso precedente; al di sopra invece si riconosceva come la mucosa stessa staccata era introflessa, per modo da costituire un nuovo fondo artificiale del condotto medesimo.

Ma una differenza ben netta nello stato di nutrizione di essa era evidente in queste sezioni. Infatti al di sotto del laccio, come nel primo caso, si vedevano gli elementi della mucosa staccati, degenerati, scom-

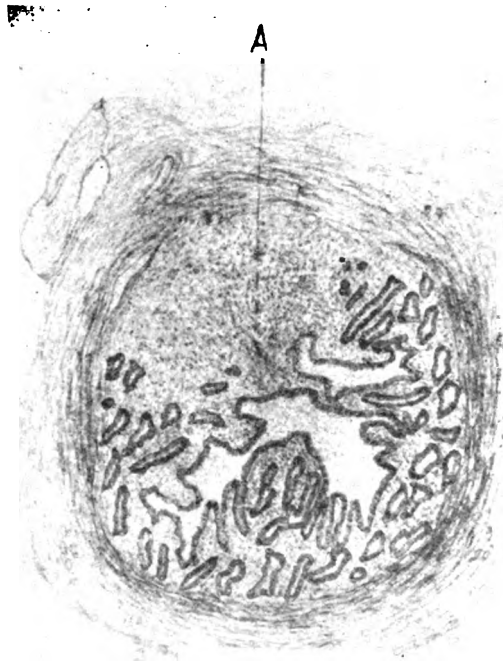



Fig. 1. — Sezione orizzontale del condotto cistico poco sopra la legatura, fatta sei giorni prima A. bottone di cicatrice che invade il lume del dotto sostituendosi alla mucosa.

parsi in mezzo al tessuto infiammatorio che s'era formato all'intorno; invece quasi immediatamente al di sopra del laccio, anche il tratto di mucosa staccato ed introflesso conservava una perfetta integrità degli elementi, ed una conformazione quasi affatto normale dei villi.

Il fatto appariva in queste sezioni con assoluta evidenza. Dove cadde la sezione del laccio, il condotto era più ristretto, e l'esatta posizione di quello era segnata nel preparato da una stria vuota. Per un brevissimo tratto anche al di sopra del laccio si vedevano dei tratti di epitelio staccati, lo stroma dei villi infiltrato, la parte fondamentale della parete del dotto invasa da un tessuto di granulazione.

In quasi ogni sezione era possibile seguire lo strato epiteliale nel

suo passaggio dallo stato normale alla fase distruttiva in cui andrà a finire; lo si vedeva cioè passare attraverso la strettura determinata dal laccio, assottigliandosi e perdendosi, come un sottile sperone sguernito di epitelio, in mezzo al tessuto di granulazione.

Come dissi, il tratto leso si estendeva però assai poco al di sopra

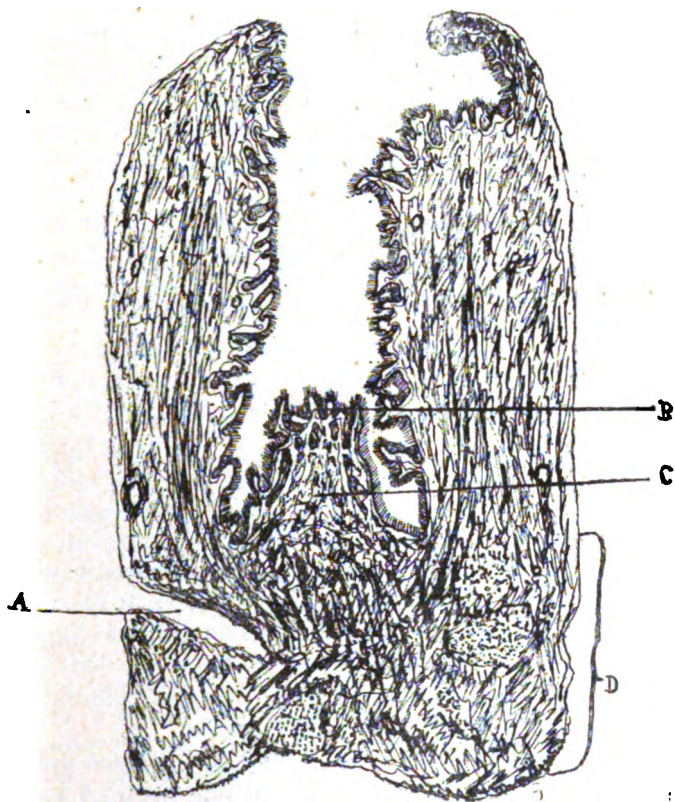



Fig. 2. — Sezione longitudinale del cistico dopo 18 giorni dalla sua legatura.
A. Stria bianca corrispondente alla caduta del laccio.
B. Mucosa introflessa e che costituisce un fondo al condotto.
C. Tessuto di granulazione sul quale essa appoggia.
D. Sezione del tessuto di cicatrice che chiude il condotto.

del laccio, ed i tratti di mucosa introflessi che servivano di fondo al condotto sezionato, apparivano conservati.

A che cosa era appoggiata questa introflessione della mucosa? Era appoggiata direttamente al connettivo di granulazione che partiva dal punto dello strozzamento, si estendeva per breve tratto al di sopra, si estendeva più diffusamente in basso sino alla superficie di sezione, formando uno strato spesso e continuo che si accostava al tratto di mucosa introflessa e le serviva di appoggio. Vedi Fig. 2.

Veramente desta meraviglia che il tratto di mucosa introflessa, e che riveste il fondo del condotto, conservi uno stato di nutrizione e quindi una struttura pressochè normale, inquantochè staccato dalla parte fondamentale del dotto, onde devono venirle i vasi nutritizî, sembrerebbe che esso dovesse soggiacere al processo di necrosi.

È però da notare che si staccano in totalità mucosa e sottomucosa, cioè non solamente l'epitelio che riveste i villi, ma lo stroma stesso di questi. Si può quindi interpretare il fatto con ciò, che il materiale nutrizio possa giungere ad essi per via collaterale dalla mucosa e sottomucosa con cui sono in continuità, la cui vascolarizzazione molto sviluppata si rileva dalle sezioni di vasi cospicui anche all'apice dei grossi villi, immediatamente al di sotto dell'epitelio che li riveste.

Questa porzione introflessa conserva veramente l'epitelio normale, però tutta la parte fondamentale è fortemente infiltrata, cosicchè anche ad occhio nudo si riconosce un notevole ispessimento di essa, in confronto al resto della mucosa.

Due fatti scaturiscono evidenti dall'esame di queste sezioni:

1.° che la introflessione della mucosa coi suoi villi normali, riveste il fondo cieco costituito dallo strozzamento del laccio.

2.° che dietro a questa mucosa, ed a valido sostegno di essa, sta un tessuto di granulazione in gran parte organizzato.

Come già ho detto, nel mezzo di questo tessuto di granulazione, esistono dei residui di villi mucosi, ma soltanto riconoscibili nella parte più centrale di esso, con assoluta tendenza alla disgregazione e scomparsa, senza alcun accenno a proliferazione dei tratti di mucosa ancora conservata, e tanto meno di canalizzazione della cicatrice.

Negli animali uccisi dopo un più lungo intervallo dall'operazione, questo tessuto di granulazione, organizzato in una robusta cicatrice, non conteneva più residui di villi della mucosa.

Il risultato pratico di questa serie di ricerche, può quindi essere compendiato nei seguenti fatti perfettamente dimostrati: « La legatura
» del condotto cistico con catgut, vi determina rapidamente delle al-
» terazioni che conducono alla sua chiusura organica e permanente,
» rappresentata da una valida cicatrice sviluppata sotto, in corri-
» spondenza, ed un poco sopra del punto di legatura, la quale dà
» appoggio ad una introflessione della mucosa, che al condotto co-
» stituisce un fondo chiuso e continuo con la mucosa che riveste il
» suo lume ».

Novembre 1899.

GOZZO ESOFTALMICO

curato .

colla bilaterale resezione del simpatico cervicale.

Un cenno preventivo

SU 8 CASI DI EPILESSIA VOLGARE CURATI COLLO STESSO ATTO OPERATIVO

DAL

Dott. CARLO MARIANI

Chirurgo primario dell'Ospedale di S. Andrea in Massa Marittima.

(Comunicazione riassunta alla Società Italiana di Chirurgia nell'Ottobre 1899)

MORBO DI FLAIANI — BASEDOW (1).

Ildebranda Rossetti di anni 24, di Massa Marittima. Nubile.

Gozzo esoftalmico a forma tipica. Simpaticoectomia cervicale bilaterale. Forte miglioramento.

Anamnesi. — La madre è vivente e sana, il padre morì di malattia acuta delle vie respiratorie. Uno zio paterno soffrì di convulsioni, non so di che natura, e morì in conseguenza di una di esse. La ragazza dice che da bambina stette bene, ebbe la difterite, ma ne guarì completamente. Ad 11 anni si ammalò all'apparato glandolare linfatico, diventò debole, fiacca deperita e con anoressia grande; si gonfiarono queste, mentre molte glandole linfatiche e specialmente le cervicali, le quali a destra suppurarono, guarendo lasciarono un seno fistoloso che poi si chiuse; la malattia durò dall'11.° al 17.° anno, epoca in cui, dopo adatte cure e soggiorni marini la giovane si ristabilì. In questo lasso di tempo le comparvero pure regolarmente le mestruazioni. Da 17 anni ai 21, la giovane stette bene, finchè al 21.° anno ebbe a soffrire di un patema d'animo di natura erotica, e pare che da questo momento abbia avuto origine la malattia per la quale poi ricorse al sussidio chirurgico.

La giovine, dopo il trauma psichico, cominciò a divenire inquieta, irrascibile, mentre prima non lo era, ed il suo medico curante, dott. Fontana, si accorse presto di una aumentata sporgenza dei bulbi oculari. In questo mentre insorsero altri sintomi morbosi che poi enuncerò.

All'epoca dell'esame anamnestico, la ragazza accusava grande emo-

---

(1) È giusto e doveroso per noi Italiani il preporre al nome del Basedow quello del Flaiani, medico di Roma, il quale 60 anni prima aveva descritta ex se questa malattia pur non avendone presentata la descrizione classica fatta poi dal Basedow, onde parrebbemi giusto denominare il gozzo esoftalmico: morbo di Flaiani-Basedow.

zionabilità ad ogni più piccola causa e le insorgevano a volte accessi di tristezza che la spingevano a piangere. Frequentemente aveva senso di ambascia respiratoria, ed era poi presa quasi ogni giorno da accessi di palpitazione di cuore che la colpivano bruscamente e senza alcuna causa apparente: accessi che lasciavano l'inferma in uno stato di profondo abbattimento. La giovane col crescere dell'esoftalmo cominciò ad avvertire, prima i segni di una iniezione congiuntivale, poscia di un vero e proprio catarro delle congiuntive oculo-palpebrali pel quale spesso ricorreva a colliri medicamentosi. La giovane si lamentava inoltre di un forte senso di calore su tutta la persona e di un sudore che giorno e notte, con grande insistenza la invadeva. Ebbe qualche periodo di vomiti, che ella diceva occasionati dalla tosse cha in questo mentre le era insorta. Fra i fenomeni secretori, ebbe parecchie volte tipiche crisi diarroiche, durante le quali le feci avevano l'apparenza di bava. Fu presa una sola volta da una forma di orticaria che le invase il petto e le spalle e che le durò 6-7 giorni, senza conseguenze. L'appetito durante questa malattia si mantenne discreto e la ragazza di poco diminuì nella nutrizione da ciò che era prima. Si sentiva tremiti alle estremità, insonnia quasi continua. Esaurì tutto l'arsenale delle cure mediche, compresa l'opoterapia tiroidea, fintantochè, fattasi da me visitare, si assoggettò con lieto animo alla simpaticoectomia cervicale bilaterale, che io le proposi, colla speranza precipua di poter guarire o migliorare dall'esoftalmo che, oltre gli inconvenienti patologici che le accagionava, ella vedeva deturpare di giorno in giorno, la sua fisonomia del resto regolare.

L'ammalata mi avvertiva esserle stato detto da quelli di casa, e le infermiere mi confermarono poi, che quando dormiva non chiudeva completamente gli occhi che si vedevano attraverso alle palpebre socchiuse. La giovane dice di non essersi mai acccorta del gozzo che pure era bene avvertibile al nostro esame.

Esame obiettivo. — Donna di costituzione scheletrica un poco meno che mediocre; espressione del viso accigliata.

Ispezione. — Esaminando la faccia ed il collo, il fatto che più colpisce è la forte protrusione dei bulbi oculari, che è un po' maggiore a destra che a sinistra. Nella regione della glandola tiroide vedesi un ingrossamento che si estende abbastanza simmetricamente ai due lati, un poco più a destra che a sinistra. La donna presenta notevole tremore intenzionale nelle mani, che ci dice essere molto maggiore nelle ore mattutine. Tutto il suo corpo è preso da movimenti rapidi e nel parlare gesticola in fretta, come pure in fretta fa tutte le cose sue. Le pupille sono normalmente reagenti alla luce e dilatate. Facendo fissare i due occhi in convergenza, non si ha il deviamento all'esterno dei bulbi (fenomeno di Moebius). Facendo abbassare lentamente lo sguardo si ha l'abbassamento della palpebra superiore che segue a scatti il movimento dei bulbi (fenomeno di Von Graefe).

Esiste strabismo interno. La donna presenta facile emozionabilità; il suo viso è frequentemente bagnato di sudore, il colorito suo è pallido, però a volte, agitandosi nel parlare, si vedono rapidi arrossamenti delle guancie.

Palpazione. — Esplorando la glandola tiroide se ne avverte facilmente la manifesta sua tumefezione che arriva a toccare gli sterno-cleido-mastoidei, e si sente che il suo lobo destro è un po' maggiore del sinistro. La sua consistenza è molle ed elastica.

Esame dei visceri. — Alla base del polmone destro si riscontrano manifesti segni di catarro bronchiale; la restante parte dell'apparato respiratorio è sano.

Cuore di volume normale, toni netti, tranne il 2.° dell'apice, che si sente un po' oscurato. Le pulsazioni sono in media 100 al minuto, però alle volte sono 90, ed anche raramente 80, ed altre volte 110-115.

Orine sane, senza albume nè zucchero.

L'esame del carattere della giovane lo rileva di temperamento molto eccitabile, facilmente triste, qualche volta però anche allegro. Ragazza molto intelligente, di buona famiglia, di condizione professionale, sarta. Non ha mai fatto fatiche soverchie.

Narra l'ammalata che nella mattina del giorno stesso dell'esame obbiettivo ebbe un accesso di palpitazione di cuore molto violento senza alcuna causa apprezzabile.

Operazione. — Il giorno 21 giugno 1899. Cloroformizza il dott. Petrocchi, assistono il dott. Fontana e Luigi Catani, impiegato dell'Ospedale; presenziava l'operazione il dott. Bellofatto di Foggia. La signora Levatrice Comunale, e 5 o 6 Massetani, parte parenti e parte conoscenti dell'inferma.

A narcosi completa pongo l'ammalata bene in luce e nella posizione che serve all'allacciatura della carotide primitiva. Comincio a destra conducendo una incisione che da presso l'angolo della mandibola arriva in basso all'altezza del limite superiore del gozzo, e cioè per circa 9 centimetri e che costeggia il margine interno dello sterno-cleido-mastoideo. Incido pelle, platisma, e seziono fra due lacci di catgut la giugulare esterna; incido l'aponevrosi superficiale, isolo e distacco il più largamente possibile il muscolo sterno cleido-mastoideo, che dò a tenere tirato in fuori con un uncino all'assistente. A questo punto comincio l'isolamento del fascio vascolo-nervoso che mi riesce difficile perchè attorniato da numerosi gangli linfatici ingrossati, che si continuano dietro le sterno-cleido-mastoideo e nella regione postero-esterno al fascio stesso. Distaccati parecchi gangli dalla giugulare profonda, posso fare spostare in dentro ed in avanti tutto il fascio con un uncino smusso, e vado alla ricerca del simpatico.

Incisa l'aponeurosi prevertebrale, ritrovo il simpatico sottile e con gangli appena visibili. Per maggiore sicurezza, stante la sottigliezza del simpatico e la regione ingombra di linfatici, separo la vena giugulare dalla carotide primitiva ed isolo e riconosco il vago (col quale è pur possibile lo scambio, od almeno se ne ha timore benchè ciò possa parere strano a chi non abbia mai eseguita tale operazione sul vivo). Allora passo allo strappamento del capo superiore del nervo, prendendolo con una pinza emostatica Kocher sulla parte ganglionare più alta; taglio i rami comunicanti ed asporto il nervo il più in basso possibile per il tratto di 5 o 6 centimetri, cercando di comprendere la regione del ganglio inferiore. Asportato il nervo, dò alcun punti perduti, con fine catgut, fra l'aponevrosi superficiale ed il margine interno dello sterno-cleido-mastoideo, indi procedo alla sutura cutanea, che eseguı col metodo sottodermico. Volgo allora l'ammalata dal lato opposto, cambio la posizione del letto operativo ed eseguo la stessa operazione a sinistra.

Qui pure, sebbene in grado minore, riscontro tutta la regione carotidea ripiena di glandole linfatiche ipertrofiche, e qui pure trovo il sim-

patico sottile e quasi senza gangli, pure da questo lato separo la vena giugulare profonda dalla carotide, aprendo la guaina propria, per potermi bene persuadere sulla situazione del vago. Suturo anche questo lato come l'altro, con punti profondi e con sutura sottocutanea. Non pongo alcun drenaggio nelle ferite. Durata dell'operazione ore una e mezzo, narcosi compresa.

Diario. — Subito dopo la sezione dei simpatici, nessuna variazione si fece nella dilatazione delle pupille, e neppure insorsero emorragie sotto-congiuntivali. Eseguita la resezione a destra, parve a qualcuno degli astanti che il bulbo oculare corrispondente si facesse subito meno sporgente; la cosa fu messa in dubbio da altri, perciò non si potrebbe facilmente decidere se il fatto fosse effettivamente avvenuto o no. Dopo 4 ore però si rese evidentemente manifesto che il bulbo destro era diminuito tanto da divenire un po' meno sporgente del sinistro che prima superava.

Questo fatto andò pian piano avverandosi anche per l'occhio sinistro, ed in ambedue continuò a diminuire l'esoftalmo, finchè ora, dopo tre mesi o poco più dell'atto operativo, ambedue i bulbi sono diminuiti di un terzo circa da quello che erano prima; l'occhio destro che era il più sporgente prima dell'operazione, lo rimase ancora dopo di essa.

Questi dettagli si possono vedere abbastanza nettamente nelle qui annesse fotografie della ragazza prima e dopo dell'operazione.

Subito dopo l'atto operativo: polso 88; dopo 4 ore, polso 98, respiro 30.

Giorno 22 (giorno dopo dell'operazione): notte un po' agitata, vomito delle bevande che le furono somministrate. Durante gli intervalli di sonno i presenti constatano la completa chiusura delle palpebre. Polso 115, respiro 35; questo affrettameuto del polso e del respiro sono certamente dovute all'eccitamento del vomito. Si nota poi arrossamento e calore al viso.

Giorno 23. Qualche po' di vomito. Polso 100. Respiro 30. Aspetto calmo.

Giorno 24. Passa bene la notte. Polso 90. Respiro 25. Aspetto calmo.

Nei giorni susseguenti, nulla di speciale, al 4.° giorno dell'operazione si alza, al 7.° si fa la prima medicatura. Guarigione di 1.ª intenzione, a destra si ha un po' di distacco nella parte bassa della cicatrice. Fu sempre apirettica.

Esce dall'Ospedale il 7 luglio, cioè 14 giorni dopo l'operazione; da quel giorno non ebbe più fatti nè secretivi, nè di cardiopalmo, *il quale è completamente sparito da più di 4 mesi.* La giovane è ingrassata e di bell'aspetto.

Ebbe sempre appetito durante la degenza all'ospedale. Si constata pure diminuzione del gozzo e del tremito intenzionale. Grande diminuzione dell'insonnia. È pure molto attenuata l'irrascibilità dell'inferma a detta anche dei parenti. Evidente diminuzione dell'esoftalmo come più sopra ho detto, e grande miglioramento nella congiuntivite che l'accompagnava. Tachicardia quasi immutata. Il potere visivo non ha sofferto alcun cambiamento.

A proposito di questo caso e dei seguenti di epilessia volgare, farò poi dopo alcune considerazioni di natura clinica ed operativa.

Fig. 1. — **Prima dell'operazione.**

Fig. 2. — Dopo l'operazione.

Fig. 3. — **Prima dell'operazione.**

Fig. 4. — Dopo l'operazione.

Epilessia volgare

(8 *casi clinici*).

Caso I. — Burgassi Luigi di anni 19, di Massa. Falegname. Celibe
Epilessia volgare.
Simpaticoectomia bilaterale cervicale.
Guarigione chirurgica.

Anamnesi. — Da bimbo stette bene; al suo 14.° anno gli insorse il primo attacco epilettico, sembra occasionato dalla impressione subìta per una operazione fatta alla madre sua, alla quale egli non presenziò. Il primo accesso durò 4-5 minuti, gli altri seguirono ad ogni 4-5-6 giorni.

Ora è colto, da circa un anno e mezzo, da un grande accesso ad ogni 8 10-12 giorni, che gli dura 10-15 minuti ed anche più, e che è caratteristico, e da 4-5-6 piccoli accessi giornalieri che gli durano pochissimi minuti con perdita completa della coscienza.

Avverte l'aura epilettica sotto forma di peso e di tedio all'aia gastrica cui tien dietro senso di vertigine, e l'accesso si inizia.

Il Burgassi non ha cattive abitudini, solo è un po' dedito al vino. È di carattere irrascibile. Il padre è vivente e sano, un po' bevitore, ma occorre pensare che egli è guardia campestre, e che nelle maremme il bere è una necessità. La madre è morta per affezione tubercolare conclamata. Fra padre e madre correvano 10 anni di età in più nel padre. Null'altro di interessante nel resto della parentela.

L'infermo dice che si stanca facilmente al lavoro, e quando la stagione è cattiva si sente un taedium vitae che tutto lo invade.

La memoria è ancora buona. La forma di epilessia di questo giovane è essenzialmente motoria: ne viene preso più spesso di notte.

Esame obiettivo. — Costituzione scheletrica regolare. Muscolatura abbastanza sviluppata. Colorito naturale. L'ispezione e la palpazione del cranio non fanno riscontrare altro che un certo grado di microcefalia e parecchie cicatrici al cuoio capelluto, riportate cadendo. Parlando, il malato mostra frequenti contrazioni involontarie ai muscoli degli arti ed alle dita delle mani.

Tutti i visceri sia toracici che addominali sono nei loro limiti fisiologici e funzionano regolarmente.

Operazione. — Il giorno 11 aprile 1898, cloroformizza il dott. Petrocchi. Assiste il dott. Fontana.

Disposto l'ammalato bene in luce nella posizione dell'allacciatura della carotide primitiva, eseguo prima a destra poi a sinistra la resezione di ben 8 centimetri del simpatico con tutti i suoi tre gangli; in questo caso, che fu il mio primo, l'esportazione delle catene del simpatico mi riuscì con semplicità e nulla mi occorse di rilevante. Sutura dello sterno-cleido-mastoideo all'aponevrosis superficialis. Sutura sottocutanea della pelle. Nessun drenaggio. Guarigione rapidissima delle ferite.

Diaria. — Allo strappo dei simpatici mi parve riscontrare leggere miosi. Il malato dopo l'operazione dorme saporitamente. Polso 79. Respiro 20.

Nei primi 2-3 giorni il malato accusò molesta secrezione del naso, e si potè vedere il viso un poco più colorito del normale. Leggera lacrimazione.

L'ammalato fu sempre apirettico. Al 7.° giorno si alzò, ebbe voce afona pei primi 2 giorni Operato l'11 aprile non ebbe accessi fino al 22 seguente, giorno in cui ebbe 2 attacchi non molto gravi.

Il giorno 27 seguente ebbe un brevissimo istante di assenza della coscienza, poi il 10 e l'11 maggio ed il 29 dello stesso mese ebbe altri accessi, che il 5 il 6 ed il 24 giugno si ripeterono. Successivamente il malato è stato 20 giorni senza accessi, pei 2 mesi, cosa mai successagli, indi 15 giorni.

In complesso, gli accessi che prima dell'operazione aveva anche 8-10 volte al giorno, ora li ha ogni 15-20 30 giorni ed anche più.

Il Burgassi, che vedo tutti i giorni, dice di sentirsi ora molto meglio; di notte dorme, mentre prima dell'operazione dormiva pochissimo, essendo colpito ogni notte da 2-3 piccoli accessi epilettici che gli toglievano il sonno. Attende ora alle sue occupazioni di falegname eseguendo qualunque lavoro attinente al suo mestiere. Le pupille reagiscono bene alla luce.

Caso 2.° — Tommi Marsina di anni 12, di Massa. Contadina.

Epilessia volgare e parziale demenza epilettica.

Simpaticoectomia cervicale bilaterale.

Guarigione chirurgica.

Anamnesi. — Questa bimba ebbe il primo accesso epilettico a sei mesi di età; dopo le si ripeterono ad ogni 15-20 giorni, ed ora è epilettica da 11 anni e mezzo. Ha accessi ad ogni 5-6-8 giorni con pochi fenomeni motori, ne è presa indifferentemente tanto di giorno che di notte. La bimba ha poca memoria ed è stupida. Dopo l'accesso epilettico commette stranezze e dà segni di imbecillità. Passato un giorno o due dall'accesso, si presenta più normale nel carattere. Nulla vi è di ereditario nè negli ascendenti, nè nei collaterali. Perde spesso le feci durante gli accessi, ed allo stato normale sodisfa ai suoi bisogni corporali senza riguardo di luogo e di persone.

Esame obbiettivo. — Bimba pallida e scarna, con sistema venoso sottocutaneo molto sviluppato. Intelligenza scarsa, indole quieta fuori dell'accesso. Nulla si riscontra in essa di particolare nel cranio. Visceri tutti sani.

Operazione. — Il 2 maggio 1899. Cloroformizza il dott. Petrocchi, assiste il dott. Fontana. Fu fatta l'estirpazione bilaterale delle catene del simpatico cervicale; i gangli del simpatico erano appena visibili e per questo dovetti procedere alla ricerca d'ambo i lati del vago col quale si ha sempre timore di confonderci. Dovetti allacciare qualche gozzo venoso al davanti della giugulare profonda. Eseguii la sutura sottodermica. Guarigione di 1.ª. Nessuna cosa interessante avvenne all'atto della sezione del simpatico.

Diario. — Pochi minuti dopo l'operazione la giovanetta è presa da un accesso epilettico. Nei giorni 3.°, 4.°, 5.° dall'operazione pure è colta da accessi di epilessia che i presenti dichiarano essere uguali a quelli che la bimba aveva prima dell'operazione.

Dopo l'atto operativo la bimba presenta notevole arrossamento del viso che dura pochi giorni. Dopo 8 giorni si alza.

La Tommi non ha avuto nessun miglioramento dall'operazione, gli accessi sono uguali di numero e di quantità a quelli di prima, l'idiotismo della bimba è invariato.

Caso 3.° — Goffredo Valori di anni 27, di Pomarance. Bracciante. Celibe.

Epilessia volgare e parziale imbecillità.

Simpaticoectomia bilaterale cervicale.

Guarigione chirurgica.

Anamnesi. — Nacque gemello, il fratello morì subito. Prima del suo 12.° anno di età fu sempre sano; a 12 anni ebbe una forte paura avendo visto cadere delle persone da un albero e pare che nella notte medesima gli sia insorta la prima convulsione.

(A questo punto dell'interrogatorio, il malato che mi sta innanzi, viene preso da una convulsione epilettica che è la 4.ª durante la mattinata).

Dopo la prima, le convulsioni crebbero con frequenza sempre maggiore finchè ora ha una convulsione violenta ad ogni 8-10 giorni, tanto violenta da richiedere alle volte la camicia di forza, ed ha poi un numero che varia da 6-8-10-12 convulsioni brevi per ogni giorno, con completa perdita della coscienza. Precedono le convulsioni frequenti vomiti giornalieri, fatto che arreca non poco disturbo al paziente, il quale rigetta il cibo 2-3 volte al giorno costantemente.

L'aura epilettica è da lui avvertita con palpitazione di cuore seguita da senso di calore al capo.

Padre e madre sani, il padre ha 6 anni più della madre. Non sono bevitori. Lo stato mentale di questo giovane è cattivo, esso è stupido, megalomane, si vanta di cose di cui è sciocchezza il solo tenere parola. Memoria leggera. Carattere impresionabilissimo. Mangia con grande appetito ogni cosa, nonostante che rigetti poi il cibo. Non ha vizî di sorta.

Esame obbiettivo. — Viso un po' asimmetrico, cranio piccolo brachicefalo, fronte sfuggente. Cicatrici al cuoio capelluto per pregresse cadute durante gli accessi. Costituzione scheletrica discreta. Masse muscolari flaccide.

Operazione. — Il 22 maggio 1899. Cloroformizza il dott. Petrocchi. Assiste il dott. Fontana.

Eseguo la bilaterale resezione del simpatico cervicale con tutti i suoi gangli, segue la solita sutura sottodermica d'ambo i lati. Nessun drenaggio. Guarigione delle ferite di 1.ª intenzione.

In questo individuo mentre nel lato sinistro cerco colle dita di isolare bene il fascio vascolo-nervoso mi avvenne, non so come, una lacerazione nella vena giugulare profonda, di cui mi accorsi da un fiotto di sangue scuro. Rapidamente posta una pinza emostatica sulla lacerazione, apro il fascio vascolo-nervoso ed isolata la vena dalla carotide e dal vago, lo allaccio sopra e sotto con catgut. Alla legatura non tenne dietro nulla di speciale, la ricerca del simpatico fu anzi facilitata dalla vuotezza di questo vaso che ne costituisce uno dei principali impedimenti.

Diaria. — Durante lo strappamento dei simpatici, nulla di notevole. Subito dopo l'operazione, polso e respiro immutati. La sera stessa dell'operazione ebbe due perdite di coscienza leggerissime. Il giorno 30, due altre assenze, il 1.° giugno (4.° giorno dell'operazione) si alza; per altri 8-10 giorni ebbe leggeri attacchi epilettici nel numero di 2-3-4 al giorno. Non ebbe più vomito.

Da notizie recentissime favoritemi dal curante, dott. Arieti di Pomarance, so che ha accessi epilettici ogni due giorni, non molto violenti mec il vomito è scomparso quasi totalmente. Mi riferisce poi il dott. Arieti

che il malato seguita, come io gli ordinai, a prendere il bromuro di potassio, e che avendoglielo fatto sospendere per prova, fu colto da un accesso furioso durante il quale si fece non lievi ferite al capo. Nessuna alterazione speciale dipendente dall'operazione. In complesso il Valori è solamente migliorato nel numero e nella qualità degli accessi, ed ha ottenuta la scomparsa quasi totale dei vomiti quotidiani.

Caso 4.° — Rosini Alessandro, di anni 45. Campiglia Marittima. Bracciante. Celibe.

Epilessia volgare.

Simpaticoectomia bilaterale cervicale.

Guarigione chirurgica.

Anamnesi. — Il paziente dice di essere epilettico da 5-6 anni. Il male gli insorse la prima volta in mezzo ai campi mentre lavorava. Per il passato fu sano, all'infuori di qualche malattia venerea non sifilitica. L'accesso gli si preannunciava coll'aura psichica, inquantochè gli si intorbidava la vista, provava senso di vertigine, di sudore, poi cadeva con perdita di coscienza.

Gli accessi non hanno regola stabile, a periodi ne ha uno al giorno, a periodi può stare anche 15-20 giorni senza accessi. Dice che gli accessi lo colgono più facilmente se il tempo è cattivo e se ha patemi d'animo. Beve moderatamente. Fuma poco.

Il padre è morto di febbri palustri, la madre di affezione tubercolare, fra l'età dei genitori correvano 10 anni in più pel padre, ha tre fratelli sani. Il carattere di quest'uomo è calmo, le facoltà mentali buone, la memoria solamente è un po' diminuita.

Dal giorno 3 al 6 giugno, giorni che precorsero l'operazione, ebbe nell'Ospedale due volte l'accesso epilettico, a forma comune generalizzata.

Esame obbiettivo. — Uomo di costituzione veramente forte e robusta, Occhio sinistro strabico in fuori. Ha il viso ed il capo pieno di cicatrici. Null'altro di particolare. Visceri tutti sani.

Operazione. — Il giorno 8 giugno 1899. Cloroformizza il dott. Fontana. Assiste direttamente Luigi Catani, impiegato dell'Ospedale. Eseguo la bilaterale resezione dei simpatici cervicali e successiva sutura sottodermica. Nessun drenaggio. Guarigione di 1.ª Nulla di speciale all'atto dello strappamento dei nervi.

Diario. — La sera stessa dell'operazione temp. 38°. Polso e respiro regolari. Viso molto arrossato. Pupille leggermente miotiche. Giorno seguente viso arrossato, ipersecrezione nasale, fenomeni che cessano l'indomani. Nulla di particolare vi fu poi, il malato si alzò dopo 4 giorni e chiese insistentemente vitto solido, dopo 7 giorni si medica e si trova tutto riunito di 1.ª. Nei primi 2-3 giorni fu alquanto afono, poi si rimise, la voce però gli rimase un po' roca, fatto che gli si mantiene ancora, in grado leggero.

Durante la sua permanenza all'ospedale dopo l'operazione, non ebbe alcun accesso, nè alcun equivalente epilettico. Da notizie recentissime pervenutemi dal suo curante, dott. Giuseppe Marsili di Campiglia Marittima, mi consta che accessi epilettici non ne ha ancora avuti: solo ebbe per due volte senso di vertigine, senza perdita di coscienza.

In questo caso si può dire che non è permesso ancora fare un giudizio definitivo sugli effetti dell'operazione. Il tempo lo suggerirà.

Caso 5.° — Mastagni Armando di anni 19 Campiglia Marittima. Campagnolo. Celibe.

Epilessia volgare.

Simpaticoectomia bilaterale cervicale.

Guarigione chirurgica.

Anamnesi. — Il paziente a 12 anni ebbe il primo accesso. Mentre falciava in un campo in una giornata calda, cadde a terra con bava alla bocca, in preda a violenta convulsione epilettica.

Dopo il primo accesso stette bene 14 mesi poi ebbe il secondo, da allora gli intervalli diminuirono gradatamente finchè ora ne ha uno ad ogni 8-10 giorni e spesso nel giorno in cui è toccato dal male esso gli si ripete parecchie volte di seguito. Perde le orine durante l'accesso. Ha spesso momenti di brevissime assenze. Non ha vomiti, ha appetito. Durante la sua permanenza all'Ospedale, prima dell'operazione, ebbe un accesso di epilessia genuina tipica. A quanto mi consta è parecchio dedito al bere.

Padre e madre sani; differenza fra loro, un anno in più per il padre. Ha due fratelli sani. Padre un po' bevitore.

Esame obbiettivo. — Giovane di costituzione robusta, però un po' emaciato. Nulla presenta di interessante. Visceri tutti sani.

Operazione. — Il 7 luglio 1899. Cloroformizza il dott. Fontana. Assiste direttamente Luigi Catani, impiegato dell'ospedale.

Eseguo la bilaterale resezione delle catene cervicali del simpatico e le solite suture sottodermiche. Nessun drenaggio. 1.a Intenzione.

L'operazione in questo individuo riuscì molto laboriosa, addimostrandosi esso poco sensibile all'azione anestetica del cloroformio, nonostante fosse preceduto da un'iniezione sottocutanea di morfina. Durante quasi tutta l'operazione il malato rimase in uno stato pressochè coreiforme; avranno certo contribuito a questo fatto e il fondo epilettico e le abitudini da bevitore che aveva il malato. I gangli del simpatico di questo giovane erano i più grossi che io avessi visto ed il superiore ed il medio erano uno accosto all'altro; essi mi diedero da fare a trovarli perchè erano proprio accollati ed aderenti alle carotidi, cercando al di là del fascio non mi riusciva di trovarli, mentre bastò il semplice esame del fascio vascolo-nervoso nella sua faccia posteriore per farmeli ritrovare. Nulla di particolare nè alle pupille, nè al polso e respiro all'atto dello strappo dei nervi.

Diario. — La sera stessa dall'operazione il malato ha un accesso di epilessia non violento. Decorso dei più semplici. Apiressia completa, al 5.° giorno si alza. Dopo 8 giorni dall'operazione, va a casa. Nei primi giorni fu un po' afono ed anche ora seguita ad avere voce un po' rauca. Da notizie recenti so che fino a poco più di due mesi dal suo ritorno, il malato ebbe a casa parecchi accessi di epilessia in una giornata, poi in altro giorno un attacco epilettico isolato. In questo caso tutto fa credere ad un esito negativo, non vi è da sperare, se mai, che in un miglioramento.

Caso 6.° — Ersilio Menichelli di anni 22, di Monterotondo. Bracciante. Celibe.

Epilessia volgare.

Simpaticoectomia cervicale bilaterale.

Guarigione chirurgica.

Anamnesi. — Il paziente da bimbo godè sempre buona salute. Ebbe 10 anni i primi leggeri accessi di epilessia causati (a detta della madre)

dalla paura che ebbe il bambino alla vista di una donna impiccata. Il ragazzo cominciò ad ammalarsi dando segno al mattino appena sveglio di perdita di coscienza, facendo qualche atto incoerente che durava pochi secondi. Gli accessi poi aumentarono di numero e di intensità fino a prendere la comune figura dell'accesso epilettico ed a ripetersi per 3-4 volte al giorno, alle volte però con pause di 15-20 giorni. Anzi dal giugno 1898 al maggio 1899 le convulsioni epilettiche gli si sospesero affatto senza aver fatto alcuna cura. Nel mese di maggio u. s. essendogli poi ritornate le convulsioni e mantenendosi ancora nel giugno con una certa insistenza, decise di ricorrere ad un atto operativo e venne a questo Ospedale. Il giovane è sobrio nel cibo e nella bevanda e non commette eccessi di sorta. Ha genitori viventi, la differenza in età fra loro è di due anni in più per il padre.

Madre un po' nevropatica; padre affetto da strabismo divergente e di umore un po' bizzarro. Un suo fratello è di carattere irascibile ed esaltato. Il figlio di un suo fratello è sordomuto. Una sua cugina, morta, soffriva di epilessia.

Carattere morale del giovane, buono. Intelligenza e memoria in buono stato.

Esame obbiettivo. — Nulla di interessante, giovane di bell'aspetto, sviluppo scheletrico regolare. Visceri tutti sani.

Operazione il 5 luglio 1899. Cloroformizza il Dott. Fontana. Assiste direttamente Luigi Catani impiegato dell'Ospedale.

Eseguo la bilaterale resezione del simpatico cervicale. Suture sottodermiche. Nulla di notevole nell'operazione. Si trovano solamente i gangli linfatici carotidei molto sviluppati, ed in causa di essi occorre un po' d'attenzione nell'isolamento del fascio vascolo-nervoso. Nulla di interessante dopo lo strappo dei simpatici.

Diario. — La sera stessa dell'operazione ha un violentissimo accesso, di epilessia. Pei primi due giorni l'individuo ha il viso un po' arrossato, del resto nessun disturbo, il malato è indifferente e tranquillo.

Si ottiene guarigione di 1.ª ed il malato è congedato dall'Ospedale dopo 10 giorni dall'operazione.

Dopo l'accesso avuto la sera stessa dell'operazione, nè all'ospedale nè a casa sua ebbe più accessi od equivalenti epilettici.

Da notizie recentissime del curante Dott. Alfonso Dei di Monterotondo, so che il malato si sente bene come dice di non essere mai stato (suggestione?) Dice che prima dell'operazione andava soggetto a continui sudori che assai lo molestavano, che ora, dopo operato, non ebbe più.

In complesso anche in questo caso non si può per ora dir nulla, sebbene il fatto di un attacco epilettico poco dopo l'operazione militi in isfavore del risultato curativo. Tuttavia attenderemo ancora, nella speranza di un miglioramento. (*Continua*).

L' argomento del giorno.

Non saprei come meglio cominciare questa rubrica nel nuovo anno, ultimo del Secolo dalle grandi ed immortali conquiste, che col rendere conto e commentare il discorso inaugurale dal titolo: « *Sviluppo ed indole della Chirurgia attuale* » che il Prof. Antonio Ceci leggeva il 6 Novembre 1899 per l'inaugurazione degli Studî nella R. Università di Pisa.

Debbo fare una premessa, che non so come soddisfarà la maggioranza, in quanto oggidì si vuole abolire tutto quello che è forma, pompa, pretendendo di tutto democratizzare, come si usa dire con frase comune e che sintetizzerebbe i programmi tutti da quello politico a quello scientifico. E la mia premessa è che a me piace la solennità con la quale si inaugurano gli studî; e vorrei che con uguale solennità in ogni Ateneo si chiudesse l' Anno Accademico con la proclamazione delle Lauree. Saranno idee da Medio Evo quanto si vuole, ma io so che questo giorno, nel quale si dà un addio dolce e malinconico alla vita di Studente, si ricorda sempre con mestizia ed ebbrezza: mestizia perchè è la fine della vita scapata, senza ansie, senza rancori, senza rimpianti; ebbrezza perchè è da quel giorno che comincia la vita nova, quella vita che ci deve condurre alla battaglia per crearsi un nome stimato per la Patria, per conquistarsi una posizione per la Famiglia, per aggiungere nuove vittorie alla Scienza.

Io ricordo sempre con gioia quel giorno, che fui Laureato in quell'Università di Pisa, ed in quell'Aula ove la Statua di Galileo insegna cosa possa l'ingegno e la ferma volontà dell'Uomo innamorato della Scienza, e l una lacera ed insanguinata Bandiera apprende che tutto si deve sacrificare per la Patria. Ed è in quell'Aula che il Ceci, il Collega ed amico mio, ha letto il suo discorso, trattando di quella Chirurgia, che fu ed è il mio e suo amore, di quella Chirurgia alla quale anch'io volli inneggiare quando in questa Università di Parma dalle belle tradizioni e dal radioso avvenire venni chiamato dalla fiducia dei Colleghi a leggere il discorso inaugurale.

In quelle pagine del Ceci rivive tutta la Chirurgia nova, tutta la Chirurgia di questo secolo, la quale se conquistò la grande potenza di sempre Vincitrice mercè l'Anestesia, l'Emostasia e l'Antisepsi, ancora più deve allo studio dell'ammalato, allo studio dell' Anatomia Patologica. Come non trovarmi d' accordo col Ceci, quando da anni ed anni nei miei Rendiconti della Clinica, che senza lacune pubblicai costantemente, bandisco questa sacrosanta verità, che il chirurgo tanto più sarà potente quanto più saprà e potrà diagnosticare di per sè i varî processi morbosi, e valutare gli effetti disastrosi di questi. La mia formola è stata ed è sempre questa: prima medici, e poi operatori. Prima medici perchè meglio si potrà, da chi sa anche la tecnica di un' operazione, valutare le indicazioni di questa; perchè intervenendo in tempo opportuno e non troppo tardi maggiori saranno le vittorie e minori le sconfitte. Guido Baccelli disse che « la diagnosi esatta è la sovrana potenza del medico » e tanto più del chirurgo —; e non si pu essere chirurgo senza essere medico. E s'innalzino allora gli inni al Chirurgo chè opera con abilità, con rapidità e nel tempo stesso precisione; *cito* come chi è eMaestro nell'Arte, *tuto* come chi è Padrone nella Scienza, *jucunde* come chi si sente la sicurezza dell' Artista e dello Scienziato. Ma se ammirato ed entusiasta seguo uno di questi Chirurghi sommi, potenti, sempre conquistatori, e lo ammiro in ogni minimo particolare, e vorrei imitarlo in tutto, in pregi e difetti, non so, ne posso bandire la crociata contro chi a queste cime eccelse non arriva.

Non a tutti come a Michelangelo è dato di creare la Cupola che stupiti vediamo gigantesca e svelta ergersi verso il Cielo e dominare sul maggiore Tempio del Cristianesimo: ma a molti è dato di edificare quella casa, che ci raccoglie

e ci protegge dalle intemperie, e nella quale viviamo nella felicità della famiglia. Non imprechiamo dunque al Chirurgo che non può tentare, od appena tentato si allontana, le imprese ardue, pericolose, perchè anch'esso può essere utile nelle infinite battaglie che la chirurgia offre nei suoi varî rami.

Se è bella la missione del generale, del capitano, è bella ed utile anche quella del soldato. Tutti avvolge una bandiera, che baciamo con rispetto ed entusiasmo: la nostra bandiera, nella quale sta scritto ormai indelebilmente il motto di Bernardo Langembeck: *numquam retrorsum*.

E poichè sono nella via delle confessioni, o per meglio dire di esporre tutto l'animo mio, mi conceda l'amico Ceci di non essere del tutto d'accordo con lui quando dopo avere fatto giustamente rilevare che i nostri chirurghi per preparazione scientifica e clinica, per abilità tecnica e per giusta iniziativa non temono confronto dei più abili di qualsiasi nazione civile, attribuisce al non essere questo universalmente riconosciuto alla mancanza di lavoro sistematico in ordinate pubblicazioni, ed al caos del giornalismo medico. Non credo sia questo il motivo; ma che invece sieno più d'uno, e dolorosamente più potenti. Per il passato si vedevano giovani affaticarsi nel lavoro, produrre, farsi banditori di nuovi veri, campioni di Scuole per giungere a conquistare il premio ambito, fosse questo la Cattedra, o l'Ospedale —: ma quelli stessi, poche eccezioni fatte, giunti a questa meta, quasi a compenso delle fatiche e delle ansie inaudite sopportate, scordano che da quel momento il lavoro può essere meno vertiginoso, ma conviene sempre lavorare. Ed invece ormai intangibili e sicuri, ora che la critica non può più colpirli, si assumono quello più facile di essere loro gli eterni critici. Ed i giovani nuovi si scoraggiano, sentono che è difficile raggiungere la meta con il lavoro proprio, e così ecco la scarsa produzione, la quale rappresenta piuttosto il prodotto individuale anzichè quello collettivo della Scuola, delle Scuole. Dura verità, ma verità.

Si è voluto troppo, anche nella Scienza nostra, tutto subordinare alla moda. Ci fu l'epoca che uno non poteva azzardarsi a farla da Chirurgo se non aveva tormentato qualche diecina di cani o di conigli, e non importava che fosse Maestro nella Diagnosi, Padrone assoluto al letto di operazioni. Poi venne il periodo che pur mantenendo fermo che la Clinica era l'ancella del Laboratorio era legge essere Batteriologhi, e quel misero Chirurgo che non sapeva come si atteggiasse, come crescesse e si moltiplicasse un bacillo, (e tanto meglio se ne scopriva uno nuovo per dare occasione ad un collega di ammazzarlo il giorno dopo) non era degno del battesimo di Chirurgo, e tutto al più poteva essere relegato fra i Conciaossa o fra gli antichi Norcini Cistotomizzatori. Oggi invece siamo ritornati alla valutazione del Chirurgo dall'opera sua operatoria: ma badiamo bene, che anche qui essendo sulla giusta via, si eccede, e si valuta questo Chirurgo dal numero delle operazioni che esegue. Non ci entra affatto in quistione il modo di operare, gli esiti, e più che tutto le indicazioni ad intervenire: è il numero che fa legge. Non si bada alle difficoltà che Caio deve superare per fare come uno, date le condizioni di ambiente, di residenza, e che so io, mentre Tizio può con sforzi uguali fare come dieci, perchè ambiente e residenza lo permettono.

Si convinca l'amico mio Ceci che queste sono le ragioni che siamo (mi si permetta dire siamo, perchè anch'io milito fra i Chirurghi Italiani e con fede, con entusiasmo, e con tutte le forze di cui sono capace) meno apprezzati di quello che ci meriteremmo. Lavoriamo per lavorare, per il bene e la gloria del nostro Paese; invitiamo i giovani al Lavoro, e questi risponderanno all'appello, sicuri che il lavoro ha un premio; sicuri che le disillusioni, le amarezze, i disgusti non vengono da questo lavoro, sorgerà un'èra nella quale non dovremo fare dipendere il non riconoscimento della nostra abilità e del nostro valore dal caos del giornalismo medico, o dalla non sistematizzazione del lavoro nazionale.

E questo sia anche per quell'amore proprio nazionale che il Ceci dice non dovrebbe esistere nella Scienza, ma che a me piace anzi esista, perchè è sprone

allo studio, al lavoro, a nove imprese. Può avere il Ceci ragioni quante ne vuole nella sua tesi, ma io che, come Lui, al Lister vorrei un monumento in ogni Clinica Chirurgica, perchè ebbe il geniale potere della sintesi, sento invece con gioia rammentare dal Ceci stesso che Magati Italiano dettava alcuni secoli or sono le leggi della rarità delle Medicature; che Giuseppe Corradi, il quale ebbe il torto di lasciare la Clinica e farsi dimenticare quando il suo nome poteva essere ancora segnacolo di progresso, e poi Francesco Durante furono gli antesignani della sterilizzazione col calore secco, in una parola della medicatura asettica invece dell'antisettica, come avrei del pari sentito con vivo piacere che Enrico Bottini primo fra tutti nell'Ospedale di Novara usò metodicamente l'acido fenico. E questa gioia che si confonde con la venerazione per Coloro che tanto oprarono, si chiami pure feticismo, si chiami utopia, si chiami come si vuole, è un sentimento che si prova, che è umano, come l'amore a tutti quelli che appartengono alla nostra Famiglia. Ed in questo non dissensi, non discussioni, ma tutti concordi. E sia questo l'augurio, che stringendo da lontano e con affetto la mano all'amico e Collega Ceci, io fo da questo Giornale che combatte per la Chirurgia Universale, ma che sostiene e sosterrà sempre quella del nostro bel Paese.

*
* *

Dissi poco sopra che conviene sempre lavorare. E veramente Uno dei pochi che si attengono a questo precetto è Enrico Bottini. Operatore valoroso, innovatore geniale, delle sue idee se ne fa giustamente l'apostolo, e non lascia occasione per proclamare la giustezza delle sue proposte. E fra queste, confesso francamente, pongo quella della cauterizzazione od incisione termo-galvanica della prostata, perchè ne vidi i bei resultati nella sua pratica, li ho constatati nella mia Clinica, nella quale ho eseguite una trentina di queste operazioni ed ebbi a lodarmene. Egli ora nel suo libro: *L'iscuria prostatica* studia di bel nuovo il tema prediletto, ma in modo metodico ed ordinato, e trovo che è con giusta soddisfazione che Egli può scrivere, essere i capi saldi dell'efficacia curativa della dieresi termo-galvanica i seguenti: 1.° Facilità di esecuzione del piano operativo, attalchè chiunque sappia praticare metodicamente il cateterismo uretrale, deve sapere del pari eseguire la dieresi termo-galvanica della prostata, osservando accuratamente le norme direttive indicate per quest'operazione nei singoli particolari. 2.° Conseguimento immediato degli effetti salutari, che seguono per così dire l'atto operativo stesso, stabilendo un nesso intimo fra causa ed effetto. 3.° Efficacia duratura dei resultati terapeutici, che, in luogo di affievolire, migliorano col tempo, per cui il beneficio ottenuto ha carattere di stabilità indefinita e non di transitorio sollievo. 4.° Immunità assoluta di reliquie deturpanti, o stimmate minorative, come postumo operatorio, vuoi nell'apparato uropoietico, vuoi in qualsiasi altra funzione dell'economia.

Il Prof. Bottini ha ragione: tanta ragione che all'estero ogni giorno il suo metodo fa nuovi proseliti, ed oggi Egli non ha da combattere che contro gli oppositori sistematici di ogni idea non propria.

*
* *

Mi pare buono ed utile il sistema di questa rubrica perchè in poche pagine vi è riassunto gran parte del movimento scientifico, e quello che a me più preme ricordare i lavori degli Italiani se furono dimenticati.

È così appunto che mi occorre di fare riguardo ad una comunicazione del Kümmel sulla *sutura circolare dei vasi* fatta nel N.° 17 della *Klinisch-therapeutische Wochenschrift*, nella quale se vi sono citati i nomi dell'Jassinowsky, dello Schede, dello Czerny, ecc. sono dimenticati quelli del Burci, del Lampiasi, del Postempsky, il mio, che alla perfine molto prima di molti altri, e cioè dieci od undici anni or sono portammo un non scarso e non inutile contributo sull'argomento.

Scopo della comunicazione del Kümmel è stato di riferire su due casi nei quali fu eseguita la sutura circolare; e questi in vero sembrano i primi due casi nei quali resecata un'arteria, i due monconi furono anastomizzati fra loro. In un caso un pezzo di arteria femorale per circa 5 cent. fu resecato perchè infiltrato da carcinoma; e nell'altro per uguale ragione non fu l'arteria, ma la vena resecata per un centimetro. Il resultato fu ottimo. E questo è veramente importante, perchè la resezione del vaso costrinse ad una sutura circolare completa.

*
* *

Ai lettori della Clinica Chirurgica è già noto il *processo Moreschi nella cura delle varici,* perchè la memoria del Chirurgo di Recanati fu stampata nel N.° 2 del 1899 a Pag 89. Il Dott. Davide Giordano (*Gazzetta degli Ospitali e delle Cliniche*, N.° 151, Pag. 1600) che trova utile il processo ha voluto semplicizzarlo, ed appunto così: « praticare in luogo dei tagli due circoli continui di legature percutanee che strozzino a fasci successivamente tutte le vene della periferia su tanti rotolini di garza quanti punti conviene dare per girare attorno a tutto l'arto. A queste due catene circolari di legature, che si praticano, come i tagli del Moreschi, sopra e sotto il distretto più ammalato, ulcerato o no, aggiunge la resezione della safena alla radice della coscia. Con tale ripiego, l'operazione riesce affatto spedita, di una semplicità banale, incruenta e si può praticare anche colla semplice anestesia locale. Va da sè che sarà innocua se fatta colle cautele di asepsi rigorosa. L'arto viene poi immobilizzato sotto una ricca medicazione stretta da fasciatura alquanto compressiva. Salvo indicazioni speciali rinnovo questa medicazione, e la catena delle legature, solo al quindicesimo giorno, trovando allora avvizzita la pelle, essiccata e se, non ancora guarite, almeno bene avviate a cicatrice le ulceri. Il malato non si alza se non a cicatrice completa, e provvisto di una fasciatura di flanella ».

Il processo mi pare ingegnoso. Osservo che la legatura e resezione della safena la consigliava anche il Pitzorno della Clinica di Cagliari (*Clinica Chirurgica,* N.° 5, 1899, Pag. 359) per evitare fatali complicanze occorse in un caso al Biondi.

*
* *

Importanti sono alcune esperienze eseguite da Kantzenstein sulla *Riunione dell' intestino* (*Deutsche medicinische Wochenschrift* N.° 41, 1899). Lo scopo è stato quello di riunire rapidamente tra loro le superfici di sierosa mediante un'infiammazione artificialmente destata, facendosi il quesito se vi sono infiammazioni del peritoneo che non solo non inducono rilasciamento del tessuto, ma che al contrario dieno luogo ad aderenze solide e resistenti. In una prima serie di esperimenti portando in contatto della sierosa di un animale un unguento con caseina ottenne delle aderenze molto solide e numerose. In una seconda serie di esperimenti incise l'intestino tenue del cane trasversalmente, lo riunì con punti di sutura muscolare e sierosa dopo di avere applicata la caseina del glutine sui margini del taglio; ed esaminata da 8 giorni fino a 6 settimane dopo la sutura, presentava sempre una barriera dura, molto compatta ed aderenze abbastanza forti per lo più con l'omento ed altre intestina attribuibili ad un'applicazione troppo copiosa della caseina. In una terza serie di esperimenti cercò di diminuire il numero delle aderenze, facendo le suture con punti distanti da uno a due centimetri l'uno dall'altro ed applicando la caseina solo nei punti destinati ad aderire; ma la mucosa del cane tendeva ad arrovesciarsi verso l'esterno. Ma se riusciva di tenere la mucosa introflessa avveniva che subito dopo fatta la sutura o dopo chiuso il cavo addominale tornava ad ectropionizzare. Per evitare questo tentò la seguente plastica: 1 mm. lontano dal margine della superficie di taglio scarificava leggermente in ambo i lati sierosa e muscolare, senza correre troppo rischio di procurare una stenosi, perchè in primo luogo le suture erano disposte in un

piano ed in secondo in ambo i lati non veniva preso che 1 mm. di sierosa e quindi in ogni lato 2 mm. della medesima. Inoltre in questa terza serie di esperimenti l'autore esaminò la resistenza del punto riunito, misurando la pressione dell'acqua, alla quale il punto riunito era pervio. Ora la resistenza della riunione cresceva costantemente, in modo da sostenere sempre maggiori pressioni, tanto che scoppiava il peritoneo sano prima di divenire pervio il punto suturato (a pressione di 120–140 mm). Le aderenze si potevano a piacere provocare od evitare. Uguali risultati li ottenne nei conigli.

Certamente è eccellente il mezzo, eccellenti i resultati, ma ciò che rimane per me di dubbio è se siamo sicuri dell'asetticità del mezzo che si adopera. Se così è, sarebbe veramente preziosa la proposta fatta.

*
* *

Era noto come taluni, quasi dileggiando il Bassini che aveva trovato un metodo sicuro per la cura radicale delle ernie, potevano procurarsele dilatandosi l'anello inguinale esterno introducendovi uno strumento simile al dilatatore da guanti. Vroublesky e Schoulze lo avevano trovato possibile anche per le aponevrosi, ed ora Galine (*Journal Russe de Chirurgie,* N.° 3, 1899) lo provò sperimentalmente per il peritoneo. Divaricato con un dilatatore l'orificio inguinale aumentava la pressione intraddominale, esercitando pressioni ritmiche sopra l'addome, imitando così la pressione addominale nel vivo. Per aumentare questa pressione intraddominale iniettava dell'acqua nel tubo gastro-enterico. Ottenne in un cadavere l'ernia del peritoneo attraverso l'anello rotto anche senza iniezione di acqua nell'intestino. Negli altri casi non si produceva che nelle parti supero-esterne del triangolo inguinale anche dopo l'introduzione di acqua nell'intestino. Se si cominciavano a lacerare i tessuti profondi della parte mediana della regione inguinale, l'ernia del peritoneo si produceva allora in questo punto e riempiva lo spazio tra il cordone spermatico e il bordo esterno del muscolo retto.

*
* *

È già noto come la *formalina* sia stata utilmente consigliata per la conservazione di pezzi anatomici. Ora il Dott. A. Ranelletti di Roma (*Supplemento al Policlinico,* N.° 8) la raccomanda non solo per la conservazione dei cadaveri, ma nella gangrena umida in quanto ha veduto che questa si converte in pochi giorni in gangrena secca, e quindi minori i pericoli che sopporta il paziente, ed anche nei tumori maligni ulcerati inoperabili e specialmente sui cancri ulcerati dell'utero. Per questi naturalmente si tratta solo di cura palliativa e sintomatica. E se anche così fosse non sarebbe da disprezzarsi l'uso di questo rimedio.

*
* *

E per oggi basta. Sta per sorgere il nuovo anno; che possa questo essere fecondo e glorioso per la Chirurgia, e specialmente per la nostra Italiana; che le nuove conquiste possano cancellare dalla prognosi di molte malattie la triste parola *incurabile* Il secolo XIX nel suo lungo ma rapido ciclo fu apportatore di tali e tante vittorie che la chirurgia si guadagnò l'appellativo di fortunatamente invadente. Non più un viscere rimane che non sia stato aggredito dal chirurgo, guidato dagli studî anatomo-patologici, confortato dalle prove della patologia sperimentale, sospinto dall'osservazione clinica scrupolosa. Ma rimangono ancora molti problemi da risolvere, e di sicuro un lungo ciclo di anni deve ancora scorrere prima che questi possano trovare la loro soluzione, sorgendone pur sempre di nuovi. Ma nulla di impossibile: nulla di assurdo appare dopo tutto quello che è stato fatto. Basta il buon volere per tentare: e che questo animi noi tutti. È il voto e l'augurio pel nuovo anno, che è l'ultimo del Secolo delle grandi ed imperiture conquiste della Chirurgia nova, di questa Sirena ammaliatrice ed adorata.

Parma 31 Dicembre 1899.

ANDREA CECCHERELLI.

RIVISTA SINTETICA

L'opoterapia ovarica.

L' ovaio è l'organo, nel quale gli ovuli si formano e pervengono a maturazione; in una parola esso occupa nella femmina il posto del testicolo nel maschio per quanto riguarda la funzione della riproduzione. Questa glandola ha una funzione essenziale e delle accessorie. La Fisiologia c' insegna che l' ovulazione, *funzione primordiale, funzione essenziale* può essere paragonata ad una *secrezione esterna;* ma a lato a questa che io chiamai funzione essenziale, vi ha un secondo ordine di funzioni, meno conosciute, meno importanti che dirò accessorie: le *secrezioni interne.* Già Brown Sequard nel 1889 in una sua comunicazione alla Società di biologia, allorchè espose i risultati delle sue esperienze sul succo testicolare, emise l'idea che « il succo ovarico iniettato in donne vecchie o debilitate, può esercitare su questi organismi un'influenza dinamogenetica pari a quella del succo testicolare impiegato nell'uomo ». Egli ammette però che la secrezione dell'ovaio sia inferiore a quella del testicolo. A lato a quanto asserisce l'illustre fisiologo si hanno gli studi di Madama Brown, di Villeneuve, di Regis, di Muret, di Iagle ed altri che concordi affermano l' esistenza di una secrezione interna dell' ovaio. Questo lo si era già dimostrato per la glandola tiroide e le capsule surrenali.

*
* *

Nel 1896 Cartuló e Tarulli in una loro memoria « Influenza della secrezione interna dell'ovaio sull'organismo » ammettono un'importanza grandissima nell'ossidazione delle materie fosforiche, di qui una novella teoria patogenetica sull'osteomalacia, affezione come si sa, caratterizzata dal rammollimento del tessuto osseo. Per questi autori tale affezione non sarebbe data che dall'iperfunzione, dall'ipersecrezione interna dell' ovaio, dal che è per essi giustificata la doppia ovariotomia come cura dell'osteomalacia, poichè in tal modo s'impedisce l' eccesso di eliminazione del fosforo e si permette al sistema osseo di ricuperare la sua solidità normale.

Nello stesso tempo Spillmann ed Etienne in una loro comunicazione al Congresso di Medicina nel 1897 spiegarono il come si debba considerare la funzione della ghiandola tiroide e concludono:

I. Le ghiandole ovariche hanno una secrezione esterna (ovulo).

II. Esse sono deputate ad eliminare col sangue mestruo l'eccesso delle tos sine organiche.

III. Queste ghiandole hanno una secrezione interna, analoga a quella dei testicoli, e che ha una parte importante nella nutrizione generale.

Ferre e Bestion di Bordeaux hanno determinata l'azione tossica del succo ovarico iniettato direttamente nell'organismo di animali (cavie, conigli, cani) e giunsero alle seguenti conclusioni: « 1.° Il succo delle ovaia impiegato per iniezioni è tossico per gli animali. 2.° I fenomeni d' intossicazione non sono apparenti se non nel caso in cui la dose impiegata eguaglia o superi il 4 % del peso dell' animale. Questi fenomeni sono più salienti nel maschio che nella femmina. 3.° A dosi moderate queste iniezioni determinano dimagramento rapido del maschio, mentre le femmine ingrassano ed aumentano di peso. 4.° A dosi più elevate queste iniezioni provocano la morte degli animali, le femmine però, più resistenti, soccombono ad una dose doppia che quella impiegata pel maschio. 5.° Le femmine gravide muoiono colla stessa dose che i maschi, dal che pare che il succo ova-

rico abbia azione abortiva. 6.° Le iniezioni intraperitoneali provocano la morte più rapidamente che le sottocutanee. 7.° L'animale muore dopo aver presentati fenomeni di ipotermia, ematuria, di eccitazione genitale (erezione del pene, eiaculazione) e persino qualche volta fenomeni paralitici ».

M. Livon, direttore della scuola di Medicina di Marsiglia, ha dimostrato un nesso di causa ad effetto tra la secrezione interna dell'ovaia colla tensione del sangue, e pone l'ovaia nel numero delle ghiandole ipotensive come il testicolo, il timo, il pancreas, il fegato. Al contrario del Livon la pensa il prof. Fedoroft. Per questo autore l'ovaio è una ghiandola ipertensiva ed appoggia l'asserto coi suoi esperimenti. Egli iniettando in conigli il succo ovarico, ottenne aumento nella pressione sanguigna e rallentamento dei battiti cardiaci.

*
* *

Per quanto riguarda la natura di questa secrezione, essa è ancora incerta. Gautier ammette sia identica a quella del testicolo, ossia che in entrambe queste ghiandole vi sia nei tessuti un'alcaloide, la spermina, che secondo le esperienze di Poehl, Tarchanoff, Maximowitch, Weliaminoff, iniettato a piccole dosi ha un'azione dinamizzante e tonica del sistema nervoso. Poehl ha cercato di dimostrare che la spermina è capace di determinare indirettamente un'accelerazione nelle ossidazioni tanto minerali che organiche Dopo di lui Babes crede che la spermina derivi dalla nucleina, la quale a sua volta sarebbe data dalla distruzione dei leucociti. Guerin che ha fatta l'analisi chimica dell'ovarina di Merk ha trovato un corpo che ha caratteri simili nelle sue reazioni alla spermina di Poehl.

È permesso supporre però che nell'ovaio esistano dei prodotti complessi come da recenti ricerche si sono dimostrati nella tiroide; prodotti però che non si sono ancora potuti isolare.

*
* *

Dov'è la sede di questa secrezione interna? Qual'è nella sostanza ovarica tessuto deputato a secernere il succo che possiede le proprietà affini messe in opera nell'opoterapia? Buhard Mond ha fatto ricerche in proposito ma non giunse a nessuna conclusione. Il Prof. Pressant di Nancy ammette la secrezione interna essere dovuta al *corpo giallo* che funzionerebbe come un vero organo ghiandolare.

Mathias Duval, Belloy, Le Breton e recentemente Kerffer hanno adottata la teoria di Premont.

*
* *

Uno dei migliori metodi per dimostrare l'esistenza di una secrezione interna ed i suoi effetti sul buon funzionamento dell'organismo femminile è quello che consiste nell'innestare un pezzo di ovaia, come già prima era stato fatto per certe ghiandole (corpo tiroide, capsule surrenali, testicolo). Per quanto riguarda l'innesto del corpo tiroide dirò che fu fatto per la prima volta da Schiff su animali, e dopo di lui la letteratura medica registra moltissimi altri sperimentatori. Lo Schiff pertanto come risultato delle sue esperienze ebbe che gli organi innestati atrofizzano non lasciando nel punto d'innesto che una macchia o un ispessimento rossastro. A tali conclusioni giunsero anche Carle Jano e Zanda, Eiselsberg. Quest'ultimo però in successivi esperimenti potè dimostrare coll'esame istologico dell'innesto che la ghiandola tiroide trapiantata era riccamente vascolarizzata e completamente conservata nella sua struttura.

Nel 1892 Sgobbo e Lamari praticarono l'innesto in cani e gatti; però tale innesto non attecchì che in un caso sul quale si era innestata la ghiandola subito dopo l'estirpazione della tiroide. Nello stesso anno il Canizzaro scostandosi dal metodo operativo fin qui usato, cioè di fare l'innesto nel peritoneo, o nello

spazio preperitoneale, fece gl'innesti fra i muscoli sternoioidei e ne ebbe risultati, poichè gli animali sopravvissero. L'Ughetti di Catania ha fatti dei trapianti di tiroide fra animali della stessa specie e fra animali di specie diversa (cani e conigli) e giunse non solo alla conclusione che il trapianto sul peritoneo della tiroide preserva gli animali dai fenomeni di atiroidia, ma anche che dopo un po' di tempo si può estirpare pure la tiroide trapiantata senza che vengano colpiti da alcun fenomeno morboso di atiroidia. La seconda parte delle sue conclusioni non concorda però con quelle dell'Enderlen e di altri autori, i quali dicono che negli animali tiroidati si presentano fenomeni di cachessia dopo qualche tempo, che può variare da qualche settimana a 6 mesi.

Montandon da suoi esperimenti conchiude che i lobi di ghiandola innestati o vengono rammolliti e riassorbiti o attecchiscono; quelli che attecchiscono lo fanno solo per una piccola zona sottocapsulare, nel resto del lobo si ha un processo di necrosi, degenerazione e riassorbimento.

Horsley propose dopo i trapianti riusciti nell'animale di provare anche nell'uomo nei casi di mixoedema; consigliava di adoperare pezzi di tiroide di pecora, perchè è molto somigliante a quella dell' uomo, di più se era necessario consigliava di ripetere la stessa operazione dopo alcuni mesi dalla prima.

Kocher fin dal 1883 fece il trapianto di un pezzo di tiroide sotto la pelle, ma dopo un certo tempo constatò che erasi atrofizzata. Lo stesso Kocher fece poi l'innesto di tiroidi escise di recente da animali e da uomini nell'addome, oppure extraperitoneali in casi di cachessia operativa, ma non constatò che un miglioramento transitorio.

Kocher e Lanz hanno fissata una ghiandola tiroide di cane di recente esportata nella tunica vaginale del testicolo in un caso di cachessia tireopriva, ed in un altro caso di cretinismo per mancanza della tiroide hanno impiantata la tiroide di un cane nell'arteria femorale e cercato d'introdurla direttamente nella via sanguigna; il 1.° paziente, quello che avea subita la tiroidectomia ebbe un miglioramento transitorio ed una maggiore validità del polso; il secondo innesto non ebbe alcun seguito. Le tiroidi innestate rimasero incapaci di funzione e furono assorbite ed il miglioramento terapeutico durò tanto quanto le ghiandole innestate.

Horsley propone di migliorare prima di tutto le condizioni generali del paziente con alimentazione tiroidea, poi di eseguire l'innesto; perchè egli crede che lo stato mixoedematoso dei tessuti sia probabilmente la causa della non riuscita.

Enderlen in questi ultimi tempi ha istituita una serie di esperienze su cani e gatti, e così 36 su gatti, 8 su cani. Gli animali poi furono uccisi dopo 1, 2, 3 giorni fino a 6 mesi dopo per osservare le modificazioni che incontrava il pezzo innestato e per studiare inoltre i fenomeni clinici in questi animali. Egli innestò sempre pezzi di tiroide dello stesso animale o di animali della stessa specie, mai di specie diversa. Egli osservò che i fenomeni dovuti all'ablazione della tiroide non li presentavano quando l'autopsia avea assodato l'innesto del pezzo trapiantato, anche se all' animale era stata dopo qualche tempo dall' innesto estirpata l'intera ghiandola tiroide. Però, secondo gli esperimenti dell'Enderlen, l'azione vicariante della ghiandola innestata non è duratura, poichè egli osservò costantemente ne' suoi animali l'apparire dei fenomeni da atiroidia anche dopo 6 mesi; fenomeni così gravi che condussero a morte l' animale. L' autopsia diede anche in questi casi attecchimento del pezzo innestato e funzionalità della ghiandola stessa, poichè le vescicole ghiandolari erano piene di sostanza colloidea. L' A. per spiegare il sopravvenire dei fenomeni di atiroidia in questi animali innestati osservò che all'autopsia i pezzi di tiroide erano molto diminuiti di volume e che la parte centrale di essi presentava segni di degenerazione grassa con isole di necrobiosi. In quanto all'esame istologico della ghiandola trapiantata, si osservarono diversi aspetti a seconda del tempo in cui il pezzo innestato fu esaminato. Nei primi giorni si ha un' aderenza delicata della parte trapiantata colle

parti vicine, data da sostanza plastica che ha l'aspetto di fibrina. Il pezzo innestato è unito da zone d'infiltrazione parvicellulare specialmente nella parte centrale (ciò si osserva press'a poco nella 1.ª settimana). In questo tempo il pezzo innestato appare pallido e un po' più aumentato di volume. In seguito, dalla parte su cui è attecchito l'innesto, partono capillari sottili che si immettono nel pezzo innestato. Coll'irrorazione sanguigna incominciano a diminuire le note degenerative, gli epitelî dei follicoli e delle vesciche ancora esistenti in mezzo al tessuto d'infiltrazione, pallide e prive di sostanza colloidea nei primi giorni presentano manifeste figure cariocinetiche, specialmente gli epitelî delle vescicole germinali. Da tale proliferazione dell'epitelio follicolare si formano molti cumuli cellulari disposti in forma di cordone, o follicoli chiusi come avviene nel processo istogenetico nella ghiandola tiroidea embrionale. Da tali follicoli chiusi si formano col processo di tempo le vescicole adulte che si riempiono ben presto di sostanza colloide.

*
* *

Gli innesti dell'ovaio furono praticati per la prima volta da Knauer dietro il consiglio di Chroback nel 1895. Egli prese come animale da esperimento tre conigli. Nel 1. un'ovaia fu trapiantata nel foglietto peritoneale del corno destro dell'utero e la seconda tra i muscoli addominali. Nel 2.° le ovaia furono trapiantate nel fianco sinistro. Nel 3° le ovaia dopo l'estirpazione furono fissate nella ripiegatura peritoneale del corno uterino corrispondente.

Sacrificati gli animali e sottoposti i pezzi trapiantati all'esame istologico, si è osservato che l'ovaia avea continuato a funzionare, di più vi erano recenti emorragie nei follicoli. L'organo era ben nutrito e riccamente vascolarizzato. I follicoli contenevano degli ovuli a differenti fasi della loro involuzione, tutt'al più i follicoli erano in numero inferiore a quelli che si osservano normalmente. Grigoriew ripetè le esperienze e trapiantando gli organi anche da animale ad animale e giunse alle stesse conclusioni. R. T. Morrise e Glos la eseguirono anche su donne ed ottennero risultati soddisfacenti.

*
* *

La somministrazione come medicamento di un organo a secrezione interna sia in natura, sia sotto forma di estratto dicesi *Opoterapia, Organo-terapia, isteroterapia*. Se torna difficile precisare l'origine dell'opoterapia in generale, al contrario è facile trovare il punto di partenza dell'opoterapia ovarica. Esso risale, come già dissi, alla comunicazione di Brown Sequard alla Società di Biologia (Giugno 1889). Dopo Villeneuve in una sua comunicazione riporta gli ottimi risultati in 3 casi differenti trattati con iniezioni di liquido ovarico.

Si occuparono in seguito dell'argomento Mad. Augusta Brown, Regis e Jévre, Choback, Mainzer, Maud, Jacobs, Muret, Fideli, Jayle, Tauvenant, Jouin, Muselin, Maurance, Dalche, Toulouse, Spillmann ed Etienne, Cerenville, Gilbert e Carnot, Mossi.

*
* *

Le ovaia possono essere somministrate, sia crude (in natura) sia preparate sotto forma di polvere o di estratto fluido. Amministrando la ghiandola cruda deve essere freschissima e ben detersa; ed a questo scopo si tolgono gli invogli ed il grasso; per togliere il sangue bisogna lavarla con acqua corrente. Se si tratta di ovaia di vacche o di giumenta se ne amministrerà un grammo per volta, se di coniglio o di montone se ne darà una in una sol volta. La dose giornaliera è di 15 a 20 gr. Per evitare che eccitino la nausea si condiranno con un po' di sale o di zucchero.

La polvere può essere amministrata o in carte o in capsule: è la più usata.

Spillmann ed Etienne dànno alle loro clorotiche dai 5 ai 6 gr. di ovarina di Merck al giorno. Altre preparazioni sono il *preparato di ovarina*, *l'estratto secco ed il fluido.*

*
* *

L'opoterapia ovarica è stata impiegata nelle affezioni più svariate, e tra le principali noterò:

1.° { 1.° alterazioni della menopausa naturale od artificiale.
2.° amenorrea e dismenorrea nelle lesioni genitali ben definite.

2.° { 1 clorosi.
2 Gozzo esoftalmico.

3.° 1. Osteomalacia.

*
* *

In queste diverse affezioni l'opoterapia ovarinica ha dati discreti risultati e concludendo dirò:

1.° Per la parte ginecologica, che l'ingestione dell'ovarina determina oltre una regolarizzazione nelle funzioni sessuali anche un aumento nella diuresi.

2.° Per la parte terapeutica che essa ovarina, sia allo stato naturale che sotto forma di preparati farmaceutici, può essere amministrata alle dosi suesposte senza danno per gli ammalati.

3.° Per le malattie indirette (clorosi, gozzo esoftalmico) che deve essere riguardato come lo specifico di tali malattie.

4.° Per l'osteomalacia che per un istante la si è ritenuta giovasse, ma che presentemente è ritenuta priva d'efficacia e che quindi deve essere abbandonata quale cura di queste distrofie.

PIETRO GELATI.

RENDICONTI DI ACCADEMIE E SOCIETÀ

Italia.

SOCIETÀ MEDICO-CHIRURGICA DI BOLOGNA.

Seduta del 23 *Novembre* 1899. — GARDINI parla sulla *cura chirurgica delle emorroidi;* afferma che il processo di Whitehead è il preferibile, perchè più sicuro negli effetti, meno doloroso e capace di guarigione più pronta.

Ne ha operati 21 casi. Cerca di conservare tutta la parte di mucosa possibile, attenendosi alla proposta del Quenu per non determinare una trazione troppo forte sulla sutura, per la quale si serve del catgut N. 0. Copre poi la ferita con vaselina sciolta per evitare il contatto con materiali che possono scolare e medica con garza all'jodoformio e fasciatura a T. All'emorragia provvede la sutura fatta man mano che si compie l'escisione. Non lamentò mai stenosi dell'ano, che crede non si abbia qualora si ottenga guarigione per prima.

REALE ACCADEMIA MEDICO CHIRURGICA DI NAPOLI.

Seduta del 17 *Dicembre* 1899. — DE DOMINICIS NICOLA fa una comunicazione sulla *tiroidectomia e mixoedema. Cura tiroidea, trasfusione di sangue. innesto e loro effetti.* L'O. dopo avere accennato ai rapporti esistenti tra il

mixoedema e le alterazioni della tiroide, ed ai risultati sperimentali ottenuti dal Paladino, Lupo, Ragowithse, Capobianco ed altri accenna agli effetti della cura tiroidea affermando che non può essere utile che fino ad un certo punto, e di più non è esente da pericoli, potendosi avere l'abbassamento della tensione arteriosa e fino al collasso. Cosicchè l'O. ammette che solo l'innesto della tiroide possa scongiurare l'eccidio dovuto allo stiroidamento. L'A. pratica l'innesto in due tempi: nel primo trasporta e fissa la tiroide per un solo capo, e, solo dopo 8-10 giorni, quando questa è entrata in rapporti vascolari con i tessuti vicini, la distacca completamente. ANTONELLI richiama l'attenzione sul fatto che oggi non basta solo parlare di tiroide, ma di tiroidi esistendo ancora le paratiroidi superiori ed inferiori, che estirpate danno effetti differenti. ALBINI ricorda il caso di un individuo che fu operato dal Nappi di Milano nel 1836 di estirpazione completa della tiroide per gozzo e che ne guarì completamente avendolo riveduto poscia nel 1850 in perfetta salute. Il CARDARELLI riporta la questione sugli effetti, se cioè dovuti ad azione tossica o ad un profondo disturbo delle attività nutritive. Il D'ANTONA esso pure si riporta agli effetti fisiologici sia sulle ossa come sugli altri organi PALADINO, BIANCHI, MASSEI, CANTARANO prendono essi pure parte alla discussione sulla ipotesi della funzione antitossica.

L'O. infine risponde a due osservazioni fatte dall'Antonelli: l'una sul fatto della distinzione fra tiroide e paratiroide, in ultimo si dichiara non assolutamente partigiano della teoria della Tossicemia, dichiara doversi ancora avere molta riserva nel dare un giudizio, perchè i fatti sono molto complessi. Insiste sull'analogia che vi è tra il diabete pancreatico, il clorotico e questo, che egli vorrebbe chiamare *diabete tiroideo.*

ASSOCIAZIONE MEDICO CHIRURGICA DI PARMA.

Seduta del 5 *gennaio* 1900. — Dott. MONGUIDI. *Quattro casi di chirurgia addominale (con presentazione di ammalati).* Non avrebbe chiesto all'On. Presidenza dell'Associazione di figurare fra i relatori se i casi che presenta non avessero offerti particolari degni, a suo parere, di essere messi in rilievo. Ora, come disse il Prof. Ceccherelli al ultimo congresso di chirurgia tenutosi in Roma, la chirurgia addominale è entrata definitivamente nella pratica ed il chirurgo non ha più ragione di fare della casistica a meno che non presenti condizioni speciali, mentre gli corre l'obbligo di riferire, sotto forma di concetti generali, le idee e le impressioni che egli desume dalla sua pratica più o meno consumata.

Non intende di perdersi in dettagli di storia ed in questioni scientifiche, anche per non abusare del tempo che gli venne gentilmente concesso, perciò sarà breve nelle esposizioni di questi casi destinati a portare un contributo alla pratica chirurgica.

1.° *Caso.* — *Esclusione intestinale per cura di un ano contro natura.* Ronzoni Angela, anni 48 da Noceto. Viene ricoverata nel suo reparto il 6 maggio dell'anno u. s., quattro giorni dopo l'inizio dei fenomeni d'occlusione. All'entrata presenta: vomito fecaloide, polso appena percettibile, frequente, lineamenti contratti, un vero stato di stercoemia. Laparotomia mediana e non avendo trovata la causa chiara dell'ostacolo fissò un'ansa del tenue aperto all'angolo inferiore della ferita laparotomica.

Ristabilitasi la canalizzazione dell'intestino, e rialzate le condizioni generali dell'inferma il giorno 16 nuova laparotomia quattro dita dall'ano preternaturale e viene escluso per 10 cent. circa di intestino corrispondente alla fistola, ed eseguisce le enterorrafie dei due monconi con un bottone di Murphy. Andamento post-operatorio normale: il bottone venne espulso in 18.ª giornata; la mucosa del tratto escluso, prolassata dalla fistola, venne poi distrutta col termocauterio.

Questa è una delle poche esclusioni intestinali fatte sin ora e forse una delle prime fatte in Italia, e le modalità d'applicazione di questo nuovo metodo sono quelle che secondo Baracz possono essere clinicamente concesse perchè l'affondamento dell'ansa totalmente chiusa ha dati cattivi risultati per l'accumularsi in esse di secreti e batteri.

2.° *Caso.* — *Splenopessia, occlusione intestinale, cecotomia e consecutiva ileo-colostomia.* Porta Gaetana, anni 33, da S. Secondo, entra il 15 settembre u. s. Dai 10-15 anni ebbe febbri malariche. Nel quadrante superiore sinistro presenta un corpo di 20 × 10 cent. spostabile in basso, vomito, anoressia e spossatezza.

Quando il corpo è spostato in basso l'area splenica è timpanica. Diagnosi: Milza mobile malarica. Il 22 laparotomia laterale sull'ascellare media. Si trovò la milza incuneata nel piccolo bacino fra l'utero ed il retto, ridotta in posizione normale viene fissata da un primo filo di seta passato a tutto spessore alla costola, come si usa nel rene mobile, e con altri punti alle pareti. Essendo la milza troppo voluminosa, non si pratica il metodo di Bardenheuer, Giordano, Burci e Fränke. La paziente quantunque affetta da insufficienza mitralica sopportò bene l'operazione, ma due giorni dopo insorgono fenomeni di occlusione intestinale, il cui ulteriore decorso dimostra dipendente dall'ileo paralitico: essendo le cure mediche insufficienti e temendolo consecutivo ad angoli dell'intestino dovuti a briglie od a compressioni prodotte dalla dislocazione della milza praticò la cecotomia per cui l'inferma migliorò rapidamente.

Il 1.° novembre altra laparotomia nell'intento di eseguire la ileo-colostomia, ma non potendo prolungare l'atto operativo si applica un'ansa di seta ad infilzetta in corrispondenza del tragitto del seno fistoloso allo scopo di chiudere o diminuire almeno la comunicazione coll'esterno.

La milza si è mantenuta in sede ed è diminuita di volume, la fistola si è notevolmente ristretta e secerne scarsa materia fecale: la paziente è notevolmente migliorata.

Ricorda che in Italia si contano 8 casi di splenopessia: due del Giordano, tre del Parona, uno del Margarucci, uno del Ceccherelli (non pubblicato), e questo l'ottavo.

Caso 3.° — *Resezione del colon per cancro dell'angolo colico destro.* Dall'Aglio Icilio, anni 33, di Parma; eredità negativa; quattro e due anni fa ebbe diarrea e forti dolori al ventre. Da due mesi ha avvertito nell'addome un corpo ovoide, duro, dolente alla pressione. Entrò il 13 novembre in istato di notevole debolezza, e denutrizione, cefalalgia, borborigmi, dolori addominali 4-5 ore dopo ingestione dei cibi e talora diarrea sanguinolenta. Esame obiettivo: si rileva un corpo grosso bernoccoluto e spostabile per tutta la cavità addominale. Diagnosi di sede; tumore del tenue, di natura incerta tra epitelioma e tubercolosi localizzate con infiltrazione

delle glandule, giacchè presentava leggera alterazione agli apici polmonari.

Il 25 novembre laparotomia mediana, tumore dell'angolo colico destro che fu asportato col mesocolon colla glandola infiltrata. Vennero asportati centimetri 10 di intestino ed enterorrafia col bottone. Condizioni generali migliorate. Esame istologico: adenocarcinoma.

In questi tre casi ha usato il bottone di Murphy, nel primo venne espulso in 18.ª giornata, nel secondo non pare sia stato espulso, nel terzo dalla palpazione accurata della regione colica si direbbe espulso inavvertitamente.

Quantunque non abbia a lamentare inconvenienti da queste applicazioni consiglia di riserbarle solo in casi eccezionalissimi, perchè oggidì anche colla sutura questi atti operativi nelle cavità addominali si compiono in un tempo relativamente brevissimo.

4.° *Caso — Gastroenterostomia posteriore, gastroplicatio e laparectomia per cancro pilorico, gastrectasia e sventramento.* Canova Eugenia, anni 42 da Torrile. Presenta quest'ammalata a conferma di quanto ora dice. All'esame: tumore pilorico di piccolo volume, dilatazione del ventricolo sino alla fossa iliaca sinistra, ernia ventrale per diastasi dei due retti. Condizioni deperite, vomiti incessanti.

Il 13 dicembre in un'ora fece colla sutura: gastroenterostomia alla Hacker, gastroplicatio anteriore e sutura completa dei retti. Ammalata guarita, non più vomiti. Area del ventricolo disteso artificialmente non arriva più che a due dita dalla cresta iliaca.

Prof. RIVA. — Premette che crede poco a tutte le fissazioni in generale degli organi ectopici, e questo per tutte quelle cause (condizioni di vita, pressioni del diaframma ecc.), che tendono a provocarne nuovamente la caduta. Domanda poi per qual ragione ha scelto il ceco piuttosto che un'altra parte dell'intestino per praticare l'ano contro natura.

Dott. CORDERO. — La fissazione degli organi in tutte le pessie in genere come egli ha potuto rilevare da numerose sue esperienze (1) avviene non tanto per i punti di sutura come per le neomembrane che si costituiscono intorno alla parte esterna dei punti di fissazione.

Dott. MONGUIDI. — Data l'urgenza del caso egli ha preso e fissato, nel praticare l'ano contro natura, la prima ansa molto distesa che ha trovata sotto la breccia laparotomica.

R. ACCADEMIA MEDICA DI ROMA.

Seduta del 26 novembre 1899. — DURANTE. — *Sopra le ernie vescicali.* L'operatore accenna a 2 casi di ernie della vescica osservati nella sua Clinica e dei quali in uno trattavasi di ernia bilaterale. Dopo aver fatto notare come le ernie vescicali siano più frequenti di quanto si crede, pur tuttavia osserva come l'ernia bilaterale sia invece molto rara. Esposti i sintomi in base ai quali il chirurgo può basare la diagnosi delle ernie vescicali, discute lungamente sul meccanismo di produzione delle ernie della vescica bilaterali, ed emette l'ipotesi che per esse debba esistere una particolare predisposizione nella vescica degli individui colpiti, consistente o

(1) Il Policlinico. Vol. IV. C. Fasc. 7, anno 1897.

in una parziale debolezza delle pareti vescicali, oppure nella presenza di un diverticolo congenito.

Roncali. — *Proposta di un nuovo metodo di laminectomia temporanea e descrizione di nuovi istrumenti all'uopo ideati.* L'A. premesso che nello intervento sul rachide due fatti hanno sempre preoccupato il chirurgo; la statica della colonna, e la compressione tardiva del midollo per il tessuto di nuova formazione, e detto che di tutti i metodi che oggi si hanno nessuno garantisce al chirurgo tutti e due questi fatti, espone il proprio metodo che a lui sembra debba rispondere completamente a questo duplice *desideratum* invocato dalla chirurgia del rachide. L'O. divide l'atto operativo in 5 tempi. 1.° tempo. *Incisione delle parti molli e scopertura degli archi.* Incisione di 16 a 18 cm. lungo le apofisi spinose e sulla linea mediana in quella regione della colonna dove deve essere fatta la laminectomia, che interessi la cute ed il sottocutaneo. Si divaricano i margini dell'incisione e con un robusto coltello s'incidono fino a livello degli archi da una parte e dall'altra delle apofisi spinose e a 1 cm. da queste, le aponeurosi ed i muscoli. Con uno stacca-periostio, si allontana questo dalle lamine che devono essere resecate e mediante un divaricatore si tengono allontanati i muscoli incisi. Emostasi. 2.° Tempo. *Sezione delle lamine.* Questo tempo varia a seconda che la laminectomia è praticata nelle diverse sezioni del rachide. Dovendosi fare la resezione col *laminoclaste*, è mestieri che le punte taglienti di questo strumento possano impegnarsi fra le lamine, il che è possibile solo nella regione lombare, nelle altre è necessaria una preparazione preliminare o colla *pinza laminovara*, o coi *perforatori* o colle *fusie.* Sezionata la lamina, si procede al terzo tempo. Allorquando però la forza del laminoclaste è insufficiente a produrre la scontinuità delle lamine, è necessario servirsi prima della *sega laminotoma.* 3.° tempo. *Spostamento laterale e sollevamento del lembo osteo-periosteo muscolo-legamentoso.* Sezionate le lamine da ambidue i lati, si ha un lembo risultante dalle intiere apofisi spinose, aderenti: in basso alle lamine, in mezzo ai legamenti interspinosi, ed in alto al legamento sopraspinoso. Questo lembo rimane quindi aderente alle altre apofisi spinose sia in alto che in basso mediante il legamento sopraspinoso ed i legamenti interspinali, perchè il suo movimento più che di sollevamento può essere di lateralità. Questi movimenti vengono impressi al lembo mediante la *pinza sposta-apofisi.* Se però questi riescono limitati tanto da impedire l'esplorazione del canale rachideo, l'A. in tal caso consiglia d'incidere il lembo in uno dei suoi capi, o nella sua metà, e poscia compiuta l'esplorazione del midollo, chiudere la incisione mediante sutura metallica. 4.° Tempo. *Esplorazione del canale rachideo ed apertura della dura madre.* Questo tempo non offre nulla di speciale ed il chirurgo potrà agire secondo le circostanze dei singoli casi. 5.° Tempo. *Ricostituzione delle parti.* Praticata la sutura della dura madre, se il lembo osteo-periosteo-muscolo-legamentoso non è stato inciso si ricolloca a posto e si procede senz'altro alla sutura dei muscoli e delle aponeurosi strato per strato; se però è stato inciso occorrerà suturare mediante fili metallici. L'A. ammette che il suo processo avvicini quello dell'Urban; ma a differenza di questo esso non compromette punto nè midollo nè radici. La riunione delle lamine vertebrali avverrà per callo osseo, allo stesso modo come nelle fratture. Scalzi dopo aver lodato il pro-

cesso e gli strumenti ideati allo scopo dall'A. osserva come cosa ben fatta il ricordo del processo del Caselli. RANCOLI ringrazia lo Scalzi, e nel tempo stesso ricorda come il processo Caselli riguardi solo la laminectomia osteoplastica, e come dessa sia di molto diversa da quella che egli propone.

SOCIETÀ LANCISIANA DEGLI OSPEDALI DI ROMA.

Seduta del 9 *dicembre* 1899. — PARLAVECCHIO fa alcune *considerazioni su 160 ernie curate coll'operazione radicale.* Per l'ernia crurale dice essere note le sue idee: per la ombelicale raccomanda di asportare tutti gli involucri dell'ernia e di completare l'operazione colle suture a strati come nelle comuni laparotomie. Per l'ernie inguinali non fa larghe breccie; asporta sistematicamente il cremastere, specie quando è ipertrofico; incide l'aponevrosi del Cooper perforandola a mano sospesa nell'angolo interno della ferita ed apre da dentro in fuori sino al colletto dell'ernia, indi la scolla largamente dal grasso preperitoneale, specie su tutta la periferia del colletto erniario ed in corrispondenza dei vasi epigastrici.

LA TORRE fa una comunicazione sulla *elettricità nelle malattie uterine* ritenendo però che l'elettroterapia uterina non può mostrarsi rivale o sostituirsi completamente alla cura chirurgica, ma può coadiuvarla potentemente e qualche volta anche sostituirla quando non si può intervenire. PARLAVECCHIO dubita molto della virtù dell'elettricità, ma non è questo il parere del LA TORRE.

Seduta del 23 *Dicembre* 1889. — MASELLI fa una comunicazione su di *un caso di sutura di ferita del cuore.* Dopo aver accennato alla letteratura sulla chirurgia del cuore ed alle discussioni avvenute su tale argomento in seno della stessa Società Lancisiana (1898) e nel XIV Congresso della Società Italiana di Chirurgia (1899), riferisce il proprio caso, come il primo, se non erra, operato in luogo di provincia e in condizioni assai diverse da quelle dei grandi ospedali. Chiamato d'urgenza il 14 novembre all'ospedale civile di Zagarolo (Roma), si trovò un individuo robusto e di giovane età quasi agonizzante e in uno stato sincopale profondo. Sulla regione anteriore del petto rinvenne ad un cent. circa sotto la papilla mammaria sinistra e mezzo cm. all'indentro della mammillare una ferita da punta e taglio trasversale, estesa 3 cm. Sospettata una forte emorragia cavitaria data probabilmente da ferita del cuore, intervenne dopo riavutosi il ferito mercè iniezioni di eccitanti, alla distanza di circa un'ora e mezzo dall'accaduto. Con l'aiuto del dottor Benedettelli, altro sanitario locale, senza cloronarcosi, l'O. incise, previa disinfezione, ecc.... i tessuti molli lungo la 6.ª costola a mano sospesa comprendendovi la lesione esteriore. Rinvenne la costola ferita per la sua lunghezza, e nel dubbio che l'arma non l'avesse perforata in tutta la spessezza, introdusse nella ferita costale strettissima la cruna di un ago Hagedorn, con cui penetrò facilmente in cavità. Resicata per 6 cm. e più detta costola, allargata la ferita della pleura, ottenne uno spazio sufficiente per manovrare, dal quale nei movimenti respiratori usciva molto sangue. Con grossi tamponi chiuse la cavità pleurica, e trovò con un dito la ferita del pericardio, verso il basso. Uncinò col dito stesso i margini di detta ferita per attirarla all'apertura toracica. In questo momento sfuggì il dito; un forte getto di sangue inondò il campo operatorio.

Tornò ad uncinare, riuscì ad afferrare i detti margini con due Péan, e praticò lo sbrigliamento del pericardio per 6 cm. e più.

Per l'abbondante emorragia non gli fu dato veder più nulla. Ricorse al dito per la ricerca della ferita del miocardio, gli sembrò di sentire sulla punta una lesione, e rapidamente sulla guida del dito stesso passò un punto con l'ago Hagedorn munito di filo di seta N. 2; accomodò i capi, con cui, a mezzo della mano sinistra, attirò il cuore alla parete toracica. L'emorragia, anzichè cessare, diventò più abbondante per la maggiore frequenza ed energia dei moti cardiaci, in modo da mettere in imminente pericolo l'operato. In un momento di calma della sistole, tenendo sempre l'organo attirato all'apertura toracica, gli riuscì vedere la ferita del miocardio sita poco più in su della punta, e sollecitamente con la destra vi passò nel mezzo un punto di sutura, che riescì completamente emostatico. Per maggiore sicurezza ne applicò un altro. Esplorò la parte ventricolare posteriore che ritrovò integra, e recise i capi dei fili. *Toilette* del pericardio, sutura a sopraggitto con chiusura completa del medesimo, vuotamento del cavo pleurico della gran copia di sangue, e consecutive suture della pleura, muscoli e tessuti comuni. Malgrado l'allontanamento del pericolo immediato e l'applicazione di tutte le risorse mediche, si avverò la morte dopo 12 ore. All'autopsia: un centinaio di grammi di liquido ematico nel cavo pleurico, sutura del pericardio perfettamente in posto e il pericardio chiuso al completo senza contenere punto sangue. Sutura del miocardio mantenuta in parte, essendo un punto staccato: nel recidere in fretta i capi di un filo durante i movimenti rapidi del cuore, forse le punte delle forbici dovettero capitare troppo rasente al nodo, G. PARLAVECCHIO si rallegra con l'O. per il suo ardimento chirurgico in ambiente disadatto. In tali interventi reputa migliori aghi possibilmente rotondi invece di quelli di Hagedorn. Non crede debba usarsi come regola l'espediente di attirare il cuore alla ferita toracica per mezzo di fili per evitare l'apposizione di un punto inutile.

Austria.

I. E R. SOCIETÀ DI MEDICINA DI VIENNA.

Seduta del 1 *Dicembre* 1899. — SCHMITZLER presenta una donna con *restringimenti molteplici del crasso,* e che da tre anni si mostrarono con la nota sintomatologia. Dopo l'entero-anastomosi si ebbe la guarigione, ma per qualche tempo rimasero dei dolori, con dimostrazione che questi sono dovuti alle contrazioni della muscolatura intestinale ipertrofica. SCKRÖTTER credè che questi restringimenti multipli fossero dovuti a corpi estranei, i quali provocarono delle ulcerazioni.

SCHIERINGER presenta due malati di *anchilosi della colonna vertebrale*, consecutiva uno a spondilosi rizometica ed il secondo ad una rigidità traumatica.

HEBERT a proposito delle *operazioni sul cranio e sulla colonna vertebrale* sostiene che in caso di frattura l'intervento immediato è preferibile alla *temporizzazione*; e che questo intervento deve consistere nell'esportazione di scheggie, nel trapanare e pulire il campo operatorio con una soluzione di cloruro di sodio al $6^{0}/_{00}$, e nel colmare la perdita di sostanza con una placca di celluloide. Lo stesso deve farsi per le fratture della colonna vertebrale.

KRANER riferisce i risultati della *trapiantazione delle ovaia* dimostrando il riassorbimento di questi organi quando si fa da uno in altro animale: se però è fatta nello stesso animale le ovaia continuano a funzionare e gli animali possono ingravidare.

Seduta del 8 *Dicembre* 1899. — HORTEUG fa una comunicazione nell'*ectopia renale.*

CLUB MEDICO DI VIENNA.

Seduta del 18 *dicembre* 1899. — SCHLESINGER parla sulle *affezioni traumatiche delle vertebre,* le quali hanno per sintoma comune una rigidezza della colonna vertebrale preceduta abitualmente da deformità della spina che si manifesta qualche tempo dopo un trauma di questa regione.

Essendone colpito un segmento di colonna anche gli altri se ne risentono in modo che i disturbi funzionali interessano al tempo stesso le coste, la testa ed il bacino. Oltre i disordini di motilità e di sensibilità si constata spesso durante queste affezioni delle atrofie di varii gruppi muscolari.

Accennato alla spondilosi zigomelica di Marie ed alla spondilite traumatica di Kümmel, sostiene a proposito delle spondiliti tubercolari o carcinomatose che il trauma non goda spesso che la parte di causa occasionale favorendo la comparsa di una malattia rimasta sino ad allora latente.

Belgio.

SOCIETÀ BELGA DI CHIRURGIA

Seduta del 28 *ottobre* 1899. — WALVARENS presenta due operati per *coxalgia* col processo di GIORDANO. LORTHIOIR a questo processo trova i vantaggi di conservare il periostio nella sua forma normale asportando tutte le parti malate e che favorisce così il riprodursi dell'osso in una forma che si avvicina il più possibile a quella normale. DESGUIN preferisce il processo di Langembeck ed insiste sull'utilità della trazione continua. Ha veduti molti casi di coxalgia con suppurazione guariti senza operazione e con buoni resultati funzionali. LORTHIOIR non approva l'intervento precoce, ma crede che convenga operare quando si ha un'indicazione formale, specialmente quando esiste un sequestro. DESGUIN approva l'asportazione dei sequestri che si diagnosticano colla radiografia.

LAVISÉ a proposito dell'*appendicite* riporta due casi, dai quali conclude che le tergiversazioni, cioè gli indugi, sono sempre nocivi. VAN HASSEL raccomanda di scollare il peritoneo sino dietro il ceco, poi di aprirlo nella fossa iliaca. LAVISÉ obietta che in tal modo non si può ricercare sistematicamente l'appendicite. DESGUIN cita un caso nel quale ebbe la guarigione aspettando.

DESGUIN parla della *gastrostomia* e descrive un nuovo processo operativo. Riconosce l'opportunità che la bocca stomacale sia in vicinanza del cardias. Incide parallelamente o verticalmente alle false coste; estrae lo stomaco ed apertolo con un colpo di bistury v' introduce un tubo curvo a < sino alla curvatura e poi fissa lo stomaco sul tubo. Passa dopo un

primo filo 1.° attraverso la parete del ventre (non compreso il peritoneo) 2.° attraverso la parete dello stomaco (non compresa la mucosa) 3.° attraverso l'altra parete del ventre. Passa poi un altro filo, ed altri tre o quattro secondo le circostanze e lega. Il tubo emerge così per 15 o 20 cent. al di fuori della ferita. GALLET approva che si operi senza cloroformio, ma trova che questo processso non sarà possibile nei casi di stomaco ristretto.

DESGUIN dice che necessita poca stoffa stomacale. LAVISÉ domanda se si potrebbe lasciare la ferita allo scoperto, ma Desguin teme il contatto dell'impurità. GALLET crede utile la nutrizione dei malati anche durante l'operazione e lo fa iniettando alimenti nell'intestino aperto durante l'operazione.

Seduta del 25 *novembre* 1899. — DEPAGE a proposito della *disarticolazione dell'anca* cita un caso, nel quale ha potuto mantenere l'emostasi preventiva con la fascia elastica.

LORTHIOIR narra la storia di un caso di *urano-stafilorafia*. La sua statistica è di 18 casi con 2 morti, 3 insuccessi, 6 successi parziali e 7 guarigioni complete. DEPAGE ha avuti dei buoni resultati, eccetto una volta. Raccomanda di porre i tamponi laterali per agevolare la coattazione. Sutura con seta ed aghi di Reverdin. VERHOEF raccomanda la disinfezione della bocca a causa dello streptococco boccale. VERNEUIL crede che tutto consista in una buona sutura. HENDRIX opera in due tempi, cioè prima scolla il periosteo ed otto giorni dopo sutura.

LORTHIOIR ha usato il filo d'argento capillare.

DESGUIN presenta dei pezzi anatomici di *gastroenterostomia*. Crede che si avesse la morte per ulcera rotonda dell'esofago.

DEPAGE narra la storia di un caso di *sutura dell'uretere* durante un'isterectomia addominale seguita da buon successo.

VANDERLINDER parla su di un caso di *resezione della vescica* per mixofibroma voluminoso, e seguìta da guarigione.

VERHOOGEN ne cita un caso, nel quale ha creata una nuova cavità vescicale a spese del peritoneo non avendo sintomi d'infezione ed il paziente sopravvisse più mesi con questa vescica artificiale.

Francia.

ACCADEMIA DI MEDICINA DI PARIGI.

Seduta del 19 *dicembre* 1899. — CHAUVEL parla di una comunicazione di Koenig su *alcune complicanze orbitarie di origine etmoidale* nei ragazzi, ammettendo una forma di osteo-periostite non suppurata dell'orbita causata da un'infiammazione delle cellule etmoidali anteriori. I sintomi principali di quest'affezione sarebbero un edema rapido rosso e lucente delle palpebre, un rigonfiamento limitato alla parte superiore ed interna dell'orbita senza fluttuazione senza spostamento del globo dell'occhio, senza alterazione della visione. Dopo alcuni giorni, con o senza cura, l'edema scompare, la tumefazione della parete dell'orbita s'attenua, ma lascia, aderente all'osso, una specie di tumore e persistente osteo-periostite plastica. Chauvel crede però che si debba continuare lo studio essendo così incompleto.

Seduta del 26 dicembre 1899. — PONCET parla sui *resultati remoti dell'uretrostomia perineale.* Egli ha avuta l'occasione di constatare che in individui, i quali hanno subìta questa varietà di uretrostomia, l'eiaculazione si effettuava dal meato perineale al di dietro dello scroto. Per evitare quest'inconveniente che ostacola la fecondazione basta di non sezionare al momento dell'operazione il canale in tutto il suo spessore e perpendicolarmente alla sua direzione. Bisogna limitarsi ad eseguire una semplice uretrotomia esterna che conserva la continuità del canale, ma usando la precauzione, per ottenere un meato contro natura, di suturare i margini de l'uretra semplicemente incisa sulla parete inferiore, con quelli della pelle. L'orina e lo sperma possono allora passare, in parte, dall'antico e nuovo meato.

PONCET presenta anche a nome di Lennière e Bérard delle fotografie stercoscopiche di un caso di *epiteliomi sebacei multipli.*

SOCIETÀ DI CHIRURGIA DI PARIGI.

Seduta del 29 novembre 1899. — KIRMISSON fa una comunicazione *sulla conservazione nella tubercolosi ossea ed articolare nell'infanzia.* Ricorda la discussione avvenuta in seno della Società nel 1897, la recente comunicazione di Nélaton il quale distingue i casi a seconda che appartengono agli adulti oppure ai ragazzi, e l'opinione di Félizet, il quale è favorevole alla resezione anche nei ragazzi. Egli è per la conservazione nell'infanzia perchè i bambini possono dedicare alle cure il tempo che occorre, perchè in essi vi è grande potenza riparatrice, e perchè i pericoli della generalizzazione del processo sono minori. Egli ha grande fiducia nell'jodoformio. Esaminando i casi che ha avuti in cura crede di potere concludere che: 1.° la resezione dell'anca ha nella coxalgia una gravità incontenstabile; 2.° che non guarisce sicuramente come lo provano le fistole persistenti; 3.° che è inferiore dal punto di vista ortopedico ai risultati che dà il metodo conservatore. In una parola, dice, si convertirebbe una tubercolosi chiusa in una tubercolosi aperta.

POTHÈRAT parla sulla *consolidazione imperfetta delle fratture curate col metodo tiroideo* riferendo su due osservazioni di TRONCHET.

Sono due casi: nel primo caso dopo una diecina di giorni di cura ottenne la consolidazione della frattura; e lo stesso avvenne nel secondo somministrando 50 centgr. di tiroide ma si ebbe consecutivamente afasia e sintomi di emorragia cerebrale, che crede dovuti all'alcoolismo più che alla tiroide. Ma non bisogna dimenticare, dice, come questa cura ha dato luogo a disturbi digestivi, cardiaci e cerebrali, e quindi non bisogna oltrepassare i 25-30 centgr. al giorno.

GUINARD parla sulla *pancreatite suppurata* riferendo su di un caso di FAURE in una donna di 22 anni, e che si svolse con i soliti sintomi, cioè dolori, vomito, costipazione, ecc.

SCHWARTZ presenta un giovane operato da 18 mesi *di resezione dell'anca* per lussazione patologica e con risultato discreto.

KIRMISSON presenta un paziente che da tre anni subì una doppia *operazione di Ogston* per piede piatto valgo doloroso, con buon risultato.

Seduta del 6 Dicembre 1899. — SCHWARTZ a proposito della cura della *coxalgia* afferma che se le cure conservatrici possono essere seguite da gua-

rigione in taluni soggetti in condizioni generali buone crede che in un certo numero di casi converrà meglio ricorrere alla resezione. Delorme crede che bisogna distinguere la cura a seconda si tratta di fanciulli o di adulti. Non si occupa che di questi e devo dire che sebbene con la resezione abbia avuti degli insuccessi, pur tuttavia pensa che abbia le sue indicazioni alla pari delle cure conservatrici. Felizet è d'opinione che nei ragazzi, in un certo numero di casi non si deve ricorrere che alle cure conservatrici, potendo questo fare sparire il dolore e produrre la guarigione. Se però vi è febbre e sini fistolosi bisogna resecare, anche se la suppurazione non è evidente. È necessario però attaccare tutte le lesioni esistenti. Kirmisson dichiara che non apre gli ascessi perchè è dannoso, ma li cura con iniezioni.

Poiherat presenta un malato di *tetano* guarito con l'estirpazione dei corpi estranei che l'avevano provocato ed il cloralio.

Schwartz fa vedere un pezzo di *gravidanza extra-uterina*.

Doyen presenta un tumore formato da *agglomeramento delle anse ileocecali aderenti*, seguite da perforazione dell'appendice.

Seduta del 13 *dicembre* 1899. — Felizet a proposito della *cura della coxalgia* e della malata presentata da Kirmissonn nella seduta precedente crede che la guarigione sia solo apparente. Con la fotografia se ne potrebbe accertare. Kirmisson obietta che non è possibile prima di un atto operativo di fare lo schema delle lesioni e domanda come egli procede. Ménard crede che la resezione sia troppo deprezzata perchè i chirurghi stranieri l' hanno eseguita quando non era indicata. Ora, che ritorna in favore, è difficile porre in modo chiaro le indicazioni, e ciò lo afferma con lo studio di 200 osservazioni. Egli all'inizio cura i coxalgici con mezzi conservatori, apparecchi ingessati che calmano i dolori dovuti alla tensione dell'articolazione o non alle lesioni. Se esistono ascessi comincia con il sottoporli ad iniezioni modificatrici, preferendo il timolo canforato, ottenendo così il 75 % di guarigioni. Per questo ha poca influenza il volume dello ascesso, ma il sorgere tardi. Se l'ascesso resiste a questa cura conviene resecare. Se la coxalgia è complicata di tramiti fistolosi, la gravità della malattia è variabile. Se non vi sono fenomeni infettivi si può temporizzare e non si ricorrerà all'operazione che se la fistola non scompare con le iniezioni. Se vi è infezione manifesta, se si presentano nuovi ascessi con o senza tramiti fistolosi, conviene operare, in quanto le cure conservatrici a nulla concludono in tali circostanze. In questi ultimi anni facendo delle resezioni ha avuti dei successi continui. Nei casi nei quali i tessuti sono molto induriti si lascierà la ferita aperta modificandola ulteriormente con i caustici che saranno indicati. In caso contrario si cercherà la riunione per prima, che avrà tante maggiori probabilità quanto più rapidamente si opererà. Le cure post-operatorie sono di una grande importanza e perciò occorre l'uso di un apparecchio adatto alla sezione. Kirmisson preferisce per le iniezioni l'etere jodoformico perchè penetra bene in tutte le anfrattuosità.

Berger fa una relazione su di un caso di Malapert di *pneumatocele del cranio* che riguarda un uomo di 34 anni, che da un anno aveva *otorrea* sopraggiunta in conseguenza di vivi dolori. Pensa che sia utile in tali casi di colmare il vuoto con la mobilizzazione di un segmento osseo.

QUENU presenta un caso di *gastrectomia* in un bambino; MONOD le *radiografie* di una frattura dell'omero; DEMOULIN un malato con *frattura dei metatarsi* e TUFFIER pure delle *radiografie* di frattura.

TUFFIER presenta un malato, al quale ha fatta la laparotomia durante l'*analgesia per cocaina dello spazio sottoaracnoideo lombare.*

Seduta del 20 *dicembre* 1899. — NÉLATON parla sul *valore della resezione dell'anca nella cura della coxalgia nell'adulto* citando due casi, nei quali in uno ebbe la recidiva malgrado la resezione. Pur tuttavia ritiene utile l'operazione, perchè le condizioni sono migliori di prima, e ritiene che operando presto si avrebbero ancora migliori. Converrebbe agire per l'anca come per il ginocchio. Crede che la resezione dell'anca non sia grave e che la statistica migliori con i perfezionamenti della tecnica operatoria.

Seduta del 27 *dicembre* 1899. DELBET fa una relazione di una comunicazione di JONNESCO sulla *cura chirurgica delle cisti idatiche del fegato con la sutura e riduzione senza drenaggio* eseguita da lui in quattro casi. Jonnesco considera dapprima l'estrazione della ciste con suture senza drenaggio come l'operazione di scelta ed in caso il *capitonage* se si tratta di grosse cisti. Agginnge che sotto quest'ultimo punto di vista, non è tanto il volume quanto la sofficità delle pareti cistiche che impone o meno il *capitonage*. Per lui è inutile fare il lavaggio della sacca. La marsupializzazione dovrà essere riservata alle cisti suppurate. Qualunque altra cura medica o chirurgica dovrà essere abbandonata. Ventuna operazioni curate in questo modo hanno dimostrata la sua benignità, efficacia e rapidità. TUFFIER avverte che egli usò il lavaggio solo perchè non gli era stato possibile di asportare totalmente le pareti della sacca.

GUINARD parla sulla *medicazione tiroidiena e consolidazione delle fratture* a proposito di un caso nel quale tale cura fallì, come fallì a Pothérat. Si trattava di un uomo robusto e sano. La cura tiroidiena fu iniziata 40 giorni dopo la frattura.

POIRIER l'ha usata in due casi, ma con un solo successo. ROCHARD pure non ne ebbe buoni risultati in un caso.

CHAMPIONNIÈRE parla sulla *radiografia e calli ossei* ed afferma che le immagini che si hanno possono condurre a degli errori di interpretazione, come l'ha potuto constatare varie volte.

POIRIER presenta un uomo, al quale ha eseguita l'*estirpazione di un epitelioma dello stomaco.*

TUFFIER mostra un *enterolito* trovato nell'intestino di un individuo operato d'ostruzione intestinale.

SOCIETÀ DI CHIRURGIA DI LIONE.

Seduta del 16 *novembre* 1899. — GANGOLPHE presenta un operato per *epitelioma del retto* nel quale sei mesi prima aveva eseguito l'ano iliaco col processo della doppia legatura, e poi asportò secondariamente il tumore resecando il coccige con ottimo resultato.

VALLAS presenta quattro *calcoli del coledoco,* grossi come una nocciuola estratti con la coledocotomia. Vi erano state coliche-biliari per ritenzione. Era stata fatta la diagnosi. Non fu eseguita la sutura del coledoco, ma il tamponamento alla Mickulicz. Guarigione.

Norè Josserand ha un malato di 7 anni *con male di Pott* curato col metodo ambulatorio, applicandogli cioè un corsetto e permettendogli di camminare. Non vi erano ascessi, nè disturbi da compressione. Prima però di applicare il corsetto reseca 4 o 5 apofisi spinose in corrispondenza della lesione col doppio scopo: 1.° di permettere all'apparecchio di essere meglio sopportato e di evitare le escare; 2.° di cruentarne il periostio e determinare la saldatura degli archi posteriori per la formazione di una colonna ossea che racchiude l'asta vertebrale. Questa nuova formazione è stata veduta da Calot e da lui stesso nelle esperienze sui cani.

Seduta del 23 *novembre* 1899. — Pollosson presenta un malato con *lussazione medio-tarsica* diagnosticata con la radiografia, e nel quale Ollier crede sia conveniente astenersi da ogni intervento.

Norè-Josserand ha un malato con *lussazione congenita dell'anca,* nel quale con la radiografia può dimostrare che col metodo di Lorenz ha ottenuta riduzione completa, abbassamento e fissazione in buona posizione con dei legami fibroidi solidi in corrispondenza del cotile, abbassamento della testa che rimane al disopra del cotile in contatto con l'osso iliaco. Come resultati funzionali ha un miglioramento che va sempre in aumento, e quindi non è inverosimile che in un buon contingente di malati un nuovo cotile finirà con lo scavarsi mercè la pressione del femore e la deambulazione. È per questo che crede si debbano fare camminare i malati il più presto possibile. Ollier si compiace di questi resultati. Jaboulay fa osservare che se taluni pazienti camminano male è perchè la nuova articolazione è troppo in fuori ed in dietro; ma che a questo si potrebbe rimediare resecando una porzione più o meno estesa del pube, o sezionando i ligamenti sacroiliaci dalla parte ove esiste la lussazione in modo da fare girare l'osso iliaco in avanti ed in dentro. Forhier crede che alla perfine convenga limitarsi agli apparecchi. Norè-Josserand crede che lo zoppicamento sia dovuto in gran parte al cambiamento di direzione delle inserzioni muscolari. Ollier non divide le opinioni di Jaboulay, il quale fa osservare che spostando la posizione dell'articolazione si spostano anche le inserzioni muscolari.

Seduta del 30 *novembre* 1899. — Ollier descrive sotto il nome di *discondroplasia* un'affezione caratterizzata dall'irregolarità di sviluppo, di evoluzione e di distribuzione del tessuto cartilagineo nelle ossa in via di sviluppo, la cartilagine sembrando offrire una costituzione normale e svolgere più o meno lentamente nel senso dell'ossificazione.

Germania.

Società di Chirurgia di Berlino.

Seduta del 13 *novembre* 1899. — Langembuch parla di un caso di *ciste idatica della vescichetta biliare* guarito con l'estirpazione della sacca e drenaggio.

Körte presenta un caso di *carcinoma in una giovine* e precisamente di 21 anni, la quale presentando fatti di occlusione intestinale viene laparotomizzata, e riscontrò un adenocarcinoma circolare, il quale aveva prodotto un restringimento. La guarigione avvenne con la resezione.

BRENTOMO in una giovine di 24 anni riscontrò un caso di *necrosi del pancreas.* Nell'ottobre 1898 si presentarono i sintomi di ulcera del ventricolo, che scomparvero con cure adatte. Un anno dopo si ebbero fenomeni di peritonite acuta che scomparvero. Ma dopo 15 giorni si nota dimagramento, pallore, febbre remittente, non itterizia, ventre tumefatto, ottusità alla percussione in una zona che occupava l'ipocondrio sinistro della forma di una milza. Diagnosticato un ascesso sotto diafragmatico per ulcera perforata del ventricolo procede all'atto operativo riscontrando un ascesso e necrosi del parenchima pancreatico. HAHN per tali casi ha operato tre volte con un solo successo in una donna di 30 anni, che da 8 anni aveva coliche epatiche. Parrebbe dalla sua esperienza che l'operazione tardiva dia migliori resultati dell'operazione precoce. ISRAEL operò un individuo credendo di avere a che fare con un ascesso del fegato, ma constatò invece alla autopsia trattarsi di una necrosi del pancreas con necrosi peritoneale. KÖRTE dice che se l'operazione tardiva riesce meglio è perchè si fa in individui la cui affezione è più benigna.

LEWERENZ presenta un caso di *splenectomia per rottura traumatica della milza* seguìta da guarigione.

LANGEMBUCH ha un caso di *dilatazione del coledoco.*

LEWERENZ presenta un caso di *invaginazione dell'ileo nel colon.*

*Seduta dell'*11 *dicembre* 1899. — RICHARD parla *sulle emorragie parenchimali dello stomaco* e comunica le osservazioni di 3 ammalati che soccombettero per emorragie stomacali, ed in cui all'autopsia non si rinvennero le sorgenti di dette emorragie. Il primo caso riguarda un individuo di 50 anni che da tre mesi presentava fenomeni di ostruzione del coledoco. Mediante la laparotomia si rinvenne la vescicola ed i canalicoli biliari enormemente distesi senza presenza di calcoli. In esso venne praticata la colocistodigiunostomia, ed il paziente in 8.ª giornata moriva coi sintomi di una anemia acuta. All'autopsia si rinvenne lo stomaco e l'intestino ripieni di sangue, papilla di Vater circondata da una massa cancerigna, e malgrado le più minuziose ricerche non si rinvenne l'origine dell'emorragia. Il secondo caso riguarda una giovane donna, che antecedentemente presentò fenomeni di ulcera stomacale. L'operazione mostrò che lo stomaco era completamente ripieno di sangue: malgrado l'esplorazione la più attenta non si trovò punto traccia di ulcera. Essa pure moriva alcuni giorni dopo coi fenomeni dell'anemia. All'autopsia si riscontrò una vecchia cicatrice per ulcera pregressa, ma senza alcun fatto recente. Il 3.° caso era identico al precedente. M. EWALD dichiara di avere esso pure incontrati casi di questo genere e di avere più volte inutilmente praticato anche l'esame istologico della mucosa stomacale.

SOCIETÀ DI MEDICINA DI BERLINO.

Seduta del 27 *novembre* 1899. — LEYDEN presenta un caso di *peritonite gonococcica* in una donna di 29 anni e morta per marasmo.

BOAS ha osservati 15 casi di *cancro del colon.* e precisamente in 12 uomini e 3 donne. Cinque di questi furono operati ma con due sole guarigioni. Tale cattivo risultato si deve al fatto che i malati si dispongono a farsi operare molto tardi, mentre l'aversi nei cancri del colon le metastasi molto

tardive dovrebbe dare migliori garanzie con l'intervento. I fatti di stenosi, la perdita di sangue, la presenza di pus nelle fecce sono i caratteri che faranno diagnosticare questo processo.

Seduta del 6 *dicembre* 1899. — ISRAEL presenta un caso di *actinomicosi del rene* in un malato che aveva già subìta la nefrotomia e conservata una fistola lombare. Nelle orine aveva trovati i filamenti caratteristici di questo parassita. Nel bacinetto rinvenne un grosso calcolo costituito da actinomices agglomerato; la sostanza renale infiltrata di grasso e contenente pure dei filamenti di actinomices.

ROTSCHILD fa una comunicazione sull'*estirpazione del rene* dimostrando, contrariamente all'opinione di Israel, che si può ricorrere alla nefrectomia anche quando la quantità di urea contenuta nell'orina nelle 24 ore sorpassava la media normale.

MAAS parla sulle *alterazioni meccaniche dell'accrescimento delle ossa* dimostrando che fissando in posizioni viziose gli arti di giovani conigli si modifica l'accrescimento delle ossa od in lunghezza od in spessore a seconda della data posizione.

Seduta del 13 *dicembre* 1899. — MENDEL comunica un caso di *tumore dell'ipofisi* diagnosticato durante la vita, e nel quale l'opoterapia non aveva prodotto alcun resultatato utile.

Inghilterra.

SOCIETÀ CLINICA DI LONDRA.

Seduta del 10 *Novembre* 1899. — ROBINSON. *Ostruzione intestinale acuta dovuta ad un intussuscezione del diverticolo di Meckel.* L'autore riferisce di un ragazzo di 5 anni che stava bene fino a 20 ore prima, e che ebbe poscia nausea e si sentì male dopo aver fatto colazione il 21 gennaio. Durante la giornata si lagnò di dolori addominali, ma nulla si rilevò coll'esame obiettivo. Durante la notte si ebbe vomito biliare, dolori attorno all'ombellico, singhiozzo e sete. Al mattino vomito dopo l'ingestione di un po' di cibo, e temperatura 39°5. P. 130-160. Alla palpazione si potè percepire precisamente al di sopra della parte esterna del legamento di Poupart del lato destro una resistenza non ben definita. Mediante la narcosi detta resistenza scomparve ed invece si palpò una massa nello spazio del Douglas, che in seguito all'incisione mediana si riconobbe essere data da intussuscezione del tenue. Detto tumore era della lunghezza di 4 pollici. L'operazione venne condotta a termine, ma due ore dopo l'infermo moriva per collasso.

SAGMODS non ricorda di aver incontrati casi di intussuscezione del diverticolo di Meckel, ma ricorda di aver visti due casi di ostruzione per tale causa.

SUTTON. *Nefrectomia primaria per rottura completa di un rene.* L'autore riferisce il caso di un uomo di 31 anni, sul quale passò sopra una vettura. Al suo ingresso nell'ospedale presentando segni di emorragia interna, ampia tumefazione alla regione lombare destra, e sangue nelle orine, subito viene praticata un'incisione lungo la linea semilunare destra, e dopo aver distaccato il peritoneo sovrastante alla tumefazione lombare, si trovò il rene completamente lacerato obliquamente. Riconosciuto inutile ogni tentativo

di sutura delle due porzioni renali, si passò tosto alla nefrectomia. L'ammalato uscì dall'ospedale dopo 4 settimane. L'A. consiglia di chiamare nefrectomia primaria quella allorquando il rene viene rimosso nelle prime 24 ore, e secondarie le altre. TURNER descrive un caso simile, nel quale fece esso pure diagnosi di frattura del rene destro, ed intervenne colla apertura dell'addome. L'infermo guarì. ADAMS cita un caso di rottura non seguito da ematuria.

KELLOCH domanda perchè Sutton tenne la via addominale anzichè la lombare. MARSH dice che pochissimi casi sono stati sottoposti a questa cura. Domanda a Sutton perchè dopo riconosciuta la emorragia posteriore esternamente al peritoneo, non chiuse la ferita per operare dalla via lombare. SUTTON risponde di aver trattati 26 casi dalla via transperitoneale e con poca fatica potè serbare il peritoneo così da chiuderne la cavità. Adottando il 1.° metodo abbreviò l'operazione ed evitò al paziente molto schock ed una seconda ferita. Dichiara inoltre di fare uso delle iniezioni saline ogni ora dopo l'operazione, e non prima, onde evitare il pericolo di un gocciolamento continuo durante l'operazione.

Seduta del 24 *Novembre* 1899. — EVE parla di un caso di *un cancro recidivo* delle mammelle curato con l'ooforectomia, nel quale ci fu ritardo nello sviluppo. VATSON CHYNE ha osservato due casi analoghi. BARKER parla su di un caso di *escisione del cieco* per carcinoma della valvola ileo-cecale, che aveva determinata ostruzione intestinale in un uomo a 29 anni. L' ileo fu anastomizzato con sutura alla flessura epatica del colon. Fu necessario un secondo intervento e poi il paziente guarì. WALCHER ne ha osservati tre casi simili al tavolo anatomico. KORRARD MARSCH non crede rara questa lesione, ed approva d'intervenire in due tempi, e ricorda di avere asportato il ceco due volte con buoni risultati. NORMAN DALTON ne descrive un caso uguale; CHARTER SYGMANDS tre casi. KUTHINSON JERNIER in un caso fece solo un'operazione esplorativa. BARKER aggiunge che ha avuti migliori risultati con la sutura che con il bottone di Murphy.

MARSH parla sulla *tubercolosi osteo-articolare* nei vecchi.

CHAPMANN presenta un caso di *ostruzione della cava inferiore* probabilmente di origine sifilitica migliorato con la cura specifica.

*Seduta dell'*8 *dicembre* 1899. — BARKER presenta una statistica di dodici casi di *ulcera perforante del ventricolo* curati con la laparotomia all'inizio degli accidenti, ed ha avute cinque guarigioni. Mai fu fatto il lavaggio del peritoneo. In un caso si ebbe nuova perforazione e guarigione con una seconda laparotomia. WULLIS in un caso ebbe la morte dopo sei ore: pur tuttavia la sutura aveva aderito. BOWLLEY in un caso ha riscontrato il dolore al disopra del pube. DUNN su sei operazioni ha avute tre guarigioni. BIDWEL ha raccolta una statistica di 55 casi, ed ha trovato che se si opera nelle prime quindici ore si ha la guarigione, e se fra le 12 e le 24 ore la guarigione avviene solo nella metà dei casi.

SOCIETÀ MEDICA DI LONDRA.

Seduta dell' 11 *dicembre* 1899. — ROLLESTON e TURNER comunicano *due casi di ascite per cirrosi del fegato, curati chirurgicamente,* e cioè aperto

il ventre vennero sfregati con una spugna e grattati con la cucchiaia fegato e diaframma per procurare delle aderenze. Ha avuto un buon resultato, nè ciò crede si debba alla diminuzione di pressione sulla vena porta. WEBER domanda se la semplice puntura, anche ripetuta, non possa produrre la guarigione nei casi nei quali il peso specifico elevato del liquido ascitico indica la sua origine infiammatoria. SMITH preferisce la laparotomia alla puntura. BIDWELL in due casi ha suturato il fegato alla parete addominale. EWART in un caso suturò il fegato alla parete addominale ed in un altro fece la fognatura, ma sempre senza resultato.

CALEY fa una comunicazione sull'*appendicite* dimostrandone la gravità se esiste peritonite generalizzata e relativa benignità se esistono solo ascessi locali. BERRY ha la convinzione che molti casi con morte malgrado l'operazione sarebbero guariti con la sola cura medica.

RIVISTA DEI GIORNALI DI CHIRURGIA

Il Policlinico, N. 22 e 24 Novembre e Dicembre 1899.

RONCALI. — *Intorno all'influenza della vista nel ripristinarsi della funzione deambulatoria negli animali privati totalmente o parzialmente del cervelletto.*

L.A. *conclude:* che la contingenza che un animale completamente cieco, al quale tre mesi dopo ha estirpato il lobo medio del cervelletto, e che trascorsi 63 giorni dall'estirpazione ancora non è stato del caso di mantenere l'equilibrio nella stazione eretta, mentre i cani che hanno subìta la stessa operazione, senza essere stati precedentemente accecati, sono riusciti a camminare trascorsi 9 a 14 giorni dalla operazione: prova che tra il sistema visivo ed il cervelletto esistono connessioni intime, le quali, quantunque non ancora completamente dimostrate clinicamente ed anatomo-patologicamente, non possono essere messe in dubbio perchè l'esperimento le dimostra, connessioni le quali hanno per iscopo di trasmettere al cervelletto le impressioni visive, delle quali se ne serve allo scopo di compiere quelle funzioni fisiologiche cui da natura è incaricato. Con ciò non si viene ad affermare che il cervelletto sia un sensorio nel vero senso della parola, ma si viene a dire soltanto che il cervelletto senza essere un centro speciale di alcuna sensibilità è da estimarsi quale centro che usufruisce delle varie sensibilità per compiere speciali scopi fisiologici e nel nostro caso per mantenere l'equilibrio degli animali con lesioni di quest' organo durante la stazione eretta ed il cammino.

FRANCESCO SAVERIO CAVICCHIA e UMBERTO ROSA. — *Studi sperimentali intorno alla patogenesi della commozione cerebrale e spinale.* Gli A.A. concludono: che i fattori della commozione cerebrale e spinale devono ricercercarsi in primo tempo nella contrazione vascolare e nel torpore funzionale degli elementi nervosi per le vibrazioni ad esse trasmesse dalle parti solide e liquide circostanti; in secondo tempo nella vaso-dilatazione paretica secondaria e nel difetto di nutrizione degli elementi stessi. Quando questo difetto di nutrizione sia completo o persista lungamente, può portare delle lesioni degenerative sugli elementi cellulari. Tali lesioni degenerative furono riscontrate dagli A.A. in uno solo dei loro esperimenti.

Dottor Alberto Pepere. — *Le cisti dell'ovaia.* (Ricerche d'istologia patologica e d'istogenesi e saggi sperimentali).

L. A. di questo importante lavoro viene alle seguenti conclusioni.

1.° Per invaginazione dell'epitelio germinativo si compie nella donna un continuo rinnovamento del parenchima ovarico, in ragione inversa dell'età dell' individuo. Nella parziale distruzione della glandola (tumori), e in determinate condizioni, può un tal processo assumere proporzioni relativamente accentuate.

2.° Alle ordinarie modalità con cui il parenchima ovarico si distrugge nei mammiferi, va aggiunta l'idrope follicolare, che rappresenta fisiologicamente una involuzione dell'ovisacco.

3.° Nell'ovaia normale della donna esistono forme cistiche microscopiche, variamente disposte nella compage dell'organo, e con caratteri diversi del posto che occupano.

4.° Gli spazi cistici della regione corticale sono in rapporto con la neogenesi del parenchima ovarico.

5.° I residui embrionali del corpo di Wolff assumono nell' ilo due forme ben distinte, l'una semplice o tubolare, l'altra papillare.

6.° Le formazioni tubulari dell' ilo, generalmente isolate, si trovano talvolta riunite a gruppi distinti e ciascun gruppo risulta di parecchie piccole cisti.

7.° I tubi di Kobelt della mesotromba sono sede frequente di iniziali forme cistiche.

8.° Le cisti dell'ovaia dal punto di vista istogenetico vanno distinte in *a*) cisti da ritenzione (cisti follicolari, cisti dei residui embrionali);

b) cisti da neoformazione o adenomi cistici;

c) cisti dermoidi.

9.° Nella genesi delle cisti follicolari, almeno in un certo numero di casi, bisogna assegnare un primo posto all'elemento epiteliale del follicolo stesso, (proliferazione e degenerazione).

10.° Le cisti follicolari possono assumere un carattere papillare indipendentemente dalle fasi di corpi lutei vicini.

11.° Le cisti semplici (1.° tipo) che insorgono dai residui embrionali possono essere multiloculari per lo sviluppo simultaneo di parecchie formazioni tubulari dell' ilo, indipendente l' uno dall'altro.

12.° I residui papillari dell' ilo, oltre a dare origine alle comuni cisti papillari del legamento largo o dell'ilo, sono talvolta il punto di partenza di adenomi cistici a sviluppo infralegamentoso. Una caratteristica di tali neoformazioni è data dalla speciale morfologia dell'epitelio piccolo, uniforme.

13.° L'epitelio che ricopre la superficie dell'ovaia dà origine talvolta ad adenomi cistici, con un lussureggiante approfondarsi di esso nello stroma ovarico.

14.° L'adenoma cistico dell'ovaia può assumere dei caratteri di grande malignità, con riproduzioni carcinomatose in lontananza, anche serbando il tipo classico glandulare.

15.° I dermoidi dell'ovaia solo per uno scarso numero di casi speciali debbono mettersi in conto di inclusioni fetali: la maggior parte di essi deve ritenersi quali produzioni a carattere embrioide della cellula uovo.

16.° La segmentazione dell'uovo non fecondato piuttosto che i caratteri di una divisione partenogenetica presenta le note di un vero processo regressivo.

Archivio di Crtopedia, N. 3 1899.

Costa Gesualdo. — *Deformità da frattura dell'avambraccio.* La deformità consisteva in una concavità radiale rivolta all'interno, ed una corrispondente convessità cubitale all'esterno, e nel suo punto più culminante un rilievo regolare. La supinazione completamente impossibilitata. Vi fu rimediato con l'osteotomia segmentaria e la sutura metallica.

Judson. — *Te otomia sottocutanea* — Sono delle note bibliografiche.

Judson. — *La cura delle deformità nelle malattie dell'anca.* Per ottenere questo consiglia: 1.° cercare una fissazione sicura e combattere il dolore per mezzo di una trazione esercitata sull'anca; 2.° proteggere l'articolazione da ogni violenza dovuta alla loro commozione; 3.° obbligare il paziente a camminare regolarmente, sforzandosi di aiutare il ritorno di una simmetrica deambulazione colla riduzione della deformità.

Salaghi Mariano. — *Malformazione della rachide e contenuto e loro cura* (In corso di pubblicazione).

Annals of Surgery, N. 6 dicembre 1900.

Tilden Brown. — *Differenziazione delle orine.* Vanta l'uso dell'uretercistoscopio

Corson. — *Il meccanismo della frattura del collo del radio.* Ammette che prima vi sia una distrazione o lussazione coll'avambraccio in estensione.

Buren Knott. — *Ernia inguinale properitoneale ed interstiziale.* Caso clinico.

Jonnes C. Reeve. — *Di un filo speciale per introdurlo nel sacco aneurismatico.* È un filo d'argento platinato.

Müller. — *Sul metodo di anestesia coll'ossido nitroso ed etere.*

L'autore dice che in tal modo l'anestesia si compie rapidamente, da 2 ai 3 minuti.

Armstrong. — *Persistenza del dotto tiro-glosso.* Descrizione anatomica.

John Ruhrah. — *Actinomicosi nell'uomo con speciale riguardo ai casi osservati in America.* E uno studio che riguarda 65 casi.

Reviste de Chirurgie, N.° 11 Novembre 1899.

Bardescu. — *Cura delle fistole vescico-utero-vaginali profonde con un nuovo processo operatorio.* Il processo consiste in una cisti-colpo-celiorafia combinata in modo che suturata separatamente la vescica si sutura poi la mucosa vaginale sulla breccia uterina in modo da otturarla.

Goilar. — *Riflessioni sopra i corpi estranei nell'organismo.* (Lavoro in corso di pubblicazione).

Dragosesen. — *Craniotomo per la craniectomia temporaria col processo di Doyen.* È una modificazione di quello dell'Jonesco, il quale trae i suoi principi da quello del Zuccaro e del Codivilla.

Bocescu. — *Rottura della porzione iliaca dell'intestino; ano contro-natura scrotale. Enterorrafia. Castrazione.* Caso clinico.

Bocescu. — *Corpo estraneo nella porzione membranosa dell'uretra e vescica.* Caso clinico.

Cohn. — *Cura delle cisti idatiche del fegato col processo di Thornton.* Caso clinico.

Revue de Chirurgie, N.° 12 Dicembre 1899.

Terrier. — *Dell'isterectomia addominale.* Alle 75 isterectomie eseguite e delle quali aveva già reso conto ne aggiunge adesso altre 59 coll'8,47 per 100 di mortalità. Le 134 operazioni in totale dànno 16 morti, cioè l'11,94 per cento di mortalità. Le indicazioni ad operare furono i fibromi ed i carcinomi del corpo e del collo dell'utero, e le salpingiti suppurate gravi. Nel primo tempo fa la laparotomia in posizione del Trendelemburg. Nel secondo disseca un lembo peritoneale anteriore per separarlo dall'utero ed isolare la vescica dal collo. Nel terzo ricerca le arterie uterine e finalmente asportato l'utero sutura la vagina.

Louys. — *Delle cisti intralaringee ed in ispecie delle cisti laringee branchiogene.* È un caso del dott. Hummer, che ha data occasione a questo studio. Si trattava di una cisti embrionaria, del quale tipo se ne conoscono tre specie, e cioè del condotto tiro-linguale, dell'imbocco del lobo tiro-laterale e del sistema branchiale.

Tavel. — *Ricerche sperimentali sull'infezione e la disinfezione delle ferite per arma da fuoco.* È un riassunto di lavori fatti a Berna, dai quali risulta che 1.° una palla infetta non infetta il cannone per i colpi susseguenti; 2.° nè il riscaldamento della palla, nè la confricazione meccanica del proiettile contro il cannone stesso con la celerità normale di 600 m. non sono capaci di attenuare la virulenza del microbo e di diminuire per questo fatto il pericolo dell'infezione delle ferite per arme da fuoco; 3.° quasi tutte le ferite per arme da fuoco sono contaminate da differenti microbi, tutte le palle per quanto non sieno state sterilizzate artificialmente, essendo portatrici di microbi alla loro superficie. Della stoffa, anche sterile o della pelle non bastano a trattenere i microbi trasportati dal proiettile; 4.° il meccanismo speciale risultante dalle ferite per arma da fuoco, prodotte da proiettili a celerità ridotta della metà costituisce una lesione che indebolisce la resistenza dei tessuti in una misura molto più considerevole che una semplice incisione lineare fatta con uno strumento tagliente. 5.° le ferite per arma da fuoco dànno una disposizione tutta speciale per l'infezione tetanica; 6.° nello sviluppo dell'infezione tetanica l'impianto gode una parte molto apprezzabile, ma che non è però uguagliabile alla disposizione data dalla lesione speciale del proiettile misurato da una celerità media; 7.° l'impianto di corpi estranei in una ferita da arme da fuoco non ha grande importanza per sè stessa, ma per i microbi che da prima racchiudono, ed a causa del trauma speciale che accompagna queste ferite: 8.° i vestiti del soldato contengono, contrariamente alle affermazioni di Fraenkel e di Pfuhl dei germi patogeni che, trasportati dal proiettile, possono dare luogo ad una infezione della ferita; 9.° nella cura delle ferite contaminate meno si fa, meglio si fa.

Brant Paes Leme. — *Nota su di un caso di linfangioma inguino-scrotale ed intraddominale in una filarica. Estirpazione del tumore. Guarigione.* Caso clinico.

Revue de Gynecologie et de Chirurgie abdominale. N. 6, novembre e dicembre 1899.

Estor e Puech. — *Le ferite penetranti dell'utero gravido.* Sono 40 osservazioni dalle quali conclude che la laparotomia costituisce il metodo ad

elezione per la cura delle ferite penetranti dell' utero gravido. Se l' utero può essere conservato, si farà una sutura scrupolosa della ferita; e ciò è possibile nelle ferite incomplete o senza grandi slabbramenti. Se la ferita e completa converrà preoccuparci anche del feto, che se è fuori della matrice converrà estrarre; se è uscito solo in parte, se ne tenterà la riduzione; se poi sono rimasti feto ed annesso nella cavità uterina non se ne farà l'estrazione. Dovendo fare l'asportazione dell'organo deve preferirsi l' isterectomia addominale parziale con peduncolo esterno, preceduta dall' estrazione del feto. Le lesioni viscerali, che possono accompagnare le ferite dell'utero gravido, saranno curate secondo il modo che conviene a ciascuna di esse.

Dartignes. — *Diagnosi e cura dei tumori solidi dell'ovaio.* Accetta queste parole di Segond: anche nei casi nei quali la diagnosi di malignità sembra indiscutibile, pur tuttavia conviene intervenire tutte le volte che il tumore pare abbia conservata la sua mobilità. Insomma per essere una controindicazione formale la malignità di un tumore solido reclama almeno un altro fattore: è l'immobilità del neoplasma; sebbene nella maggioranza dei casi meglio vale rischiare una laparotomia esploratrice inutile che riferirsi troppo alle controindicazioni cliniche.

Galvani. — *Cura della tubercolosi peritoneale con la laparotomia.* Sono 51 casi, essendo alcune laparotomie state ripetute, provando in modo evidente l'efficacia dell'intervento.

Travaux de Neurologie Chirurgicale, N. 4, 1899.

Chipault. — *Le conseguenze trofiche dell' allungamento dei nervi: studio sperimentale e terapeutico.* Dal punto di vista sperimentale risulterebbe che l'allungamento dello sciatico nella cavia rende più attiva la cicatrizzazione delle ferite puramente traumatiche della pianta della zampa posteriore, e che favorisce pure la cicatrizzazione delle ulcerazioni non chirurgiche, nevritiche o di altro genere della zampa posteriore. Dal punto di vista terapeutico con una serie di osservazioni proprie e di altri chirurghi prova la sua utilità nelle ulcerazioni della gamba, e nel male perforante. Minori resultati si hanno nei casi di lesioni trofiche diverse.

Fongères — *Su due nuovi casi di ulcera varicosa curati con l' allungamento dei nervi.* Sono due nuove osservazioni cliniche.

Delbet. — *Cura delle varici ed in specie delle ulceri varicose con la dissociazione fascicolare dello sciatico.* Con la storia di sette casi dimostra che la dissociazione fascicolare dello sciatico esercita un'azione manifesta e favorevole. L'operazione è eseguita sullo sciatico, dissociandone le fibre per una estensione di 4 o 5 centimetri, e ciascuno dei fasci isolati dalla dissociazione deve presentare un diametro di circa tre millimetri. Sono i legami fibrosi soltanto lacerati; ma la continuità del nervo non è interrotta.

Bardesco. — *Su di un caso di male perforante e su due casi di ulceri varicose curate con l'allungamento dei nervi.* Casi clinici, nei quali ebbe la guarigione.

Crocq. — *La cura del male perforante plantare con la faradizzazione del nervo tibiale posteriore e delle sue branche terminali.* Ha avuto un resultato che chiama incoraggiante, in quanto prova che la rigenerazione ottenuta con l' allungamento dei nervi può del pari essere prodotta dalla faradizzazione.

JABOULAY. — *Di un caso di disturbi trofici del piede e della gamba curato con successo con la distensione dei filetti nervosi che circondano l'arteria femorale.* È un risultato notevole per la sua rapidità ed importanza. Crede che si sia prodotto un afflusso supplementare di sangue in un territorio mal curato e mal nutrito, ed in grazia di questo afflusso dei tessuti in via di necrosi hanno potuto sopravvivere, eliminare le loro placche di sfacelo e ricostituire al di sotto di esse una cicatrice.

RONCALI. — *Un caso di ascesso traumatico del lobo temporo-sfenoidale destro.* Era consecutivo a trauma, con diffusione ai ventricoli laterali ed al terzo ventricolo e dallo studio del quale trae le seguenti conclusioni: 1.° che con tale vastità di lesioni non si ebbero che contratture legate alla compressione esercitata dall'ascesso sulle vie motrici, dimostrando la possibile notevole compressione del cervello; 2.° che non era possibile diagnosi esatta perchè i processi che si svolgono nel terzo ventricolo e nel corpo calloso nella loro sintomatologia nulla offrono di patognomonico, e perchè i fenomeni che si svolgono nell' acquedotto del Silvio sono più da ascriversi ai corpi quadrigemini che a quello, e perchè questi processi dei corpi quadrigemini se non dànno origine a paresi dei movimenti ovulari, cosa che non sempre fanno, i disordini di squilibrio cui dànno luogo sono più facilmente attribuiti a lesione del cervelletto.

REJERANO. — *Della cura della nevralgia faciale con le resezioni estese ed in specie colla resezione periferica totale del trigemino.* La estesa resezione proverebbe: 1.° che la zona di anestesia consecutiva è più ampia; 2.° che sembra persista indefinitamente senza restringersi consecutivamente; 3.° che è più durevole.

Annales des Maladies des Organes Genito-Urinaires, N. 12 dicembre 1899.

ZABLADOWSKI. — *Cura dell'impotenza nell'uomo.* Si tratta principalmente di combattere i rari sintomi di nevrastenia che prendono il loro punto di partenza negli organi genitali maschili. Talora però l'origine della malattia può risalire a cure locali molto prolungate od all'abuso del coito interrotto. Per lo più si ha che fare con ipocondriaci.

La cura migliore è il massaggio prima locale sui testicoli, e poi generale sulla spina, sull'addome, sui centri nervosi. Naturalmente hanno importanza i cambiamenti di abitudini.

GUIARD. — *Cura delle suppurazioni prostatiche.* Propone la puntura col trequarti e traverso la parete rettale seguita da lavaggi antisettici e cita due casi.

CALEAR. — *Etiologia della cistite infettiva.* Le vie possono essere la ureterica, la renale, quella della circolazione generale, e la diretta cioè proveniente da un focolaio o da un organo in prossimità della vescica. Molte volte la cistite infettiva trae la sua origine dall'intestino, e ciò perchè: 1.° gli organismi che si trovano in questi casi di cistite differiscono pel solito completamente da quelli che s'incontrano nell'uretra; 2.° l'uretra, malata o sana, è quasi sterile per l' organismo speciale della cistite, il *bacterium coli commune;* 3.° nelle circostanze predisponenti alla cistite i microbi dell'uretra non testimoniano alcuna tendenza ad ascendere; 4.° i microbi della cistite, almeno i principali, si riscontrano preesistenti nell'intestino; 5.° la presenza dei microbi, che sotto l'influenza di circostanze patologiche, infettano la vescica dopo l'intestino, si rivela in quest'organo sempre più presto che nell'orina degli ureteri.

TOUBORT. — *Un caso di fistola juxta-uretrale del meato orinario.* Caso clinico.

LEGNAU. — *La peritonite diffusa a gonococco.* È il caso di Muscatello illustrato nel Policlinico (Vedi Clinica Chirurgica, Ottobre N. 10 Pag. 796 del 1899).

Annales de Gynecologie et d'Obstétrique. Decembre 1899.

CATTARIME VAN TUSSENBROEK. — *Un caso di gravidanza ovarica.* È una gravidanza in un follicolo di Graaf.

MASLOSHY. — *Azione della tossina del gonococco nelle infezioni gonorroiche degli organi genitali interni della donna.* La conclusione di tutte le sue esperienze è che non bisogna attribuire l'azione delle colture di gonococchi nell'organismo animale allo sviluppo del gonococco, cioè all'infezione, ma all'influenza di una tossina prodotta da questi microrganismi. L'azione di questa tossina è doppia; locale e generale. La generale si tradusse in un elevamento di temperatura, perdita di peso od anche morte degli animali. La locale infiammatoria e suppurativa si manifesta nel cellulare sottocutaneo come nella camera anteriore dell'occhio, peritoneo e mucosa uterina. Al principio dell'infezione gonorroica si forma un accumulo di peso, che è dovuto allo sviluppo dei gonococchi; questi sono trasportati dai leucociti nelle pareti della tromba, ove muoiono formando della gonotossina. Il pus della tromba allora contiene della gonotossina, non può sfuggire dalla cavità chiusa della tromba e la suppurazione continua. L'accumulo del pus nella cavità chiusa delle trombe può essere spiegato senza invocare i gonococchi viventi, e tanto più che il gonococco appare come poco vivace e dà rapidamente delle forme d'involuzione. Il peritoneo reagisce alla gonotossina non solo quando è usata a dosi considerevoli ma anche nelle condizioni in cui si trova nella tromba distesa

Centralblat für Chirurgie, N. 48-49-50-51-52.

MATTHAEI. — *Sulla narcosi con alcool.* Le sue esperienze sui conigli gli hanno dimostrato che la narcosi con gas di alcool ha una durata di circa venti minuti e non è molto profonda. Con un clistere di 3·5 gr. di spirito allungato in 10-15 gr. di acqua si ha dopo la narcosi entro 2-3 minuti.

STICHER. — *Di un semplice apparato di controllo per la sterilizzazione con riscaldamento a vapore.* È un apparato di Lautenschläger di Berlino e che ottempera alle indicazioni date da Mikulicz.

PANSE. — *Sul lembo osteoplastico alla Küster nelle operazioni sulla apofisi mastoide.* Trova che la tecnica è cattiva, e che i risultati dal punto di vista della cosmesi sono peggiori di quelli col processo di Stacke o col suo descritto negli Archiv für Ohrenheilkunde del 1893.

HOFFMANN. — *Della formazione di gangli nella continuità dei tendini.* È la storia di un caso dimostrandone la origine traumatica.

KAREWSK. — *Sull'operazione radicale dell'ernia inguinale nei lattanti.* È sempre sulla questione sollevata da Fränkel nel n.° 47, riportando 19 casi di operazioni prima del 3.° anno di vita. Tra 13 ernie libere, e 6 incarcerate con un solo caso di morte.

KALABIR. — *Sulle modificazioni della mucosa intestinale e dei reni dopo l'impianto degli ureteri nell'intestino.* Le modificazioni si trovano nel rene e non nell'intestino.

MÜLLER. — *Cura dell'idrarto cronico del ginocchio.* Lascia il paziente in letto per alcune settimane; fa fasciatura compressiva con flanella, ed usa la faradizzazione ed il massaggio contemporaneamente.

Beiträge zur klinischen Chirurgie, vol. 25, continuaz. del fasc. I. e fasc. II.

IX. WIETING. — *Sulla anatomia e patologia della spina bifida e la biforcazione del midollo spinale (Ospedale di Amburg-Eppendorf, Reparto chirurgico*, dott. SICK).

L'A. fa la storia di 6 casi di spina bifida studiati nell'ospedale di Amburg-Eppendorf, ne dà i dati anatomici e patologici, e descrive il modo operativo. I difetti degli archi vertebrali alle volte sono più estesi di quello che appaiono prima della operazione, e non sempre i raggi Röntgen possono dare, applicati, risultati soddisfacenti.

X. BRAUN. — *Ricerche cliniche istologiche sopra la guarigione di lembi cutanei riattecchiti dopo il trapiantamento* (*Ospedale Civile di Altona*, professor KRAUSE).

Visti i risultati contradditorii cui le ricerche anatomiche e le osservazioni cliniche sono giunte circa all'esito dei lembi cutanei trapiantati, l'A. imprende a descrivere molti casi clinici di trapiantamento fatto col metodo del suo maestro prof. Krause, suffragati dalle osservazioni anatomo-patologiche, venendo alla conclusione che col detto metodo (che egli descrive) si ottiene l'esito desiderato di fare attecchire in totalità i lembi di pelle trapiantati, conservando essa tutte le sue caratteristiche di tessuto vivente. (Descrive molti casi operati nell'ospedale di Altona, e ne riproduce i reperti istologici).

XI. CZERNY. — *Perchè non dobbiamo abbandonare la teoria parassitaria pei tumori maligni.* (*Clinica chirurgica di Heidelberg* prof. CZERNY).

L'Autore, dopo avere accennato alle varie teorie emesse sulla genesi dei tumori maligni (Durante, Cohneim, Uicersch, Hansemann-Hauser, Ribbert, e messo in evidenza il punto debole di ciascuna ne conclude che al punto in cui sono oggi le cognizioni scientifiche, l'unica ipotesi accettabile è quella parassitaria. Per sue ricerche cliniche egli ammette che occorra una disposizione speciale che può essere locale o generale; e per la disposizione locale egli riconosce come prima causa la sporcizia in cui erano tenute le parti affette, nella quale sporcizia vegetano i germi specifici del cancro; onde la sola rigorosa pulizia può in questi casi preservare dal morbo. La teoria parassitaria, che almeno ha tante probabilità di vero quante ne hanno le altre, ha un vantaggio su queste, poichè essa ci lascia nella più grande speranza di iniziarci alla cura profilattica e razionale del cancro.

XII. REINBACH. — *Esperienze sul trattamento chirurgico dei gozzi benigni nella clinica di Mikulicz* (*Clinica Chirurgica di Breslavia*, prof. MIKULICZ).

L'A. constata che la rivoluzione la quale sembrava doversi aspettare coll'introduzione del succo di tiroide nella cura del gozzo ha pur troppo fallito. Tale uso può servire solo come mezzo palliativo, capace di dare solo temporaneo miglioramento al paziente, ma non adduce giammai ad una

cura radicale: onde il trattamento del gozzo è rimasto di competenza chirurgica.

Dopo aver lamentata la grande confusione dei metodi di operazione egli imprende a descrivere il metodo secondo lui tipico e raccomandabile a tutti i chirurghi. Passato in rivista il materiale della clinica di Mikulicz' passa a descrivere minutamente l'atto operativo, il quale offre i seguenti vantaggi di evitare quei pericoli in cui si incorreva sino ad oggi, quali l'abbondante emorragia e la lesione del nervo ricorrente; che essa è generale, cioè applicabile in tutti i casi di gozzo; ed è da preferisi assolutamente all'estirpazione delle metà laterali.

XIII. Brummer. — *Contributo alla chirurgia ed anatomia patologica della invaginazione intestinale (Ospedale di Münsterlingen).*

L' A. incomincia col descrivere due casi da lui operati di invaginazione, in entrambi i quali trattavasi di tumore, l'uno benigno, l'altro maligno che causò la invaginazione. Passa quindi a descrivere due casi speciali di invaginazione ileo-cecale (causata la prima da un tumore) e importanti pei reperti anatomo-patologici ottenuti, e non osservati ancora sino ad oggi. L'uso dell'ano preternaturale nella cura della invaginazione l'A. col Rydygier lo ritiene insufficiente; la guarigione spontanea delle invaginazioni è caso felice, ma raro; offrono pure i noti inconvenienti l'entero-anastomosi e l'esclusione intestinale: conclude che il solo trattamento è quello della resezione, sia quella recentemente raccomandata e descritta dal Rydygier (resezione della parte invaginata) sia la resezione totale.

XIV. Chlumsky. — *Sull'estrazione di una palla da revolver dal cervello collo aiuto dei raggi Röntgen (Clinica Chirurgica di Breslavia,* prof. Mikulicz).

L'uso della fotografia a raggi X urta contro molte difficoltà nello stabilire la sede dei proiettili entro il cranio, e si ebbero già casi (Bratz, Thorst, Maydl), in cui la fotografia dell'invisibile pareva avesse accertato il posto del corpo straniero, nel mentre che non si potè trovar nulla e si dovette anche interrompere l'operazione. L'A. qui invece riferisce un caso nel quale il prof. Mikulicz, col processo radiografico di Mergier, riescì a fare la diagnosi di sede del proiettile, e ad estrarlo senza difficoltà coll'operazione chirurgica.

XV. Gottstein. — *Osservazioni ed esperienze sui punti fondamentali dell'aseps Clinica Chirurgica di Breslavia,* prof. Mikulicz.

È la continuazione di un lavoro incominciato nel vol. 24, p. 129.

XVI. Tietze. — *Ricerche sperimentali sulla plastica del peritoneo (Clinica di Breslavia,* prof. Mikulicz).

L'A. colla plastica di pezzi di omento si propone di sciogliere questi tre quesiti: 1.° Guarigione di una minacciata necrosi delle pareti dello stomaco e dell'intestino per mezzo di omento; 2.° Assicurazione di una sutura circolare dell'intestino con un pezzo di omento; 3.° Chiusura di una breccia dello stomaco con omento. Le esperienze fatte sui cani parlano nel modo più favorevole circa l'uso delle plastiche dell'omento, le quali come

per lo stomaco e per l'intestino potrebbero venire applicate anche al trattamento delle ectopie della vescica, come lo hanno già dimostrato i tentativi di Rutonscki e di Mikulicz, onde ad essa è certo riserbata una brillante ed estesa applicazione.

XVII. ELSBERG. — *Sulle ferite e suture del cuore con ricerche istologiche sulla loro guarigione* (*Clinica Chirurgica di Breslavia*, prof. MIKULICZ).

L'A., citati i casi di ferite del cuore suturate da Capellen, Parrozzani, Parlavecchio, Giordano, trova necessario stabilire la gravità delle ferite ed il numero dei punti che il cuore umano può sopportare senza grave danno; ed intraprendere una triplice serie di esperienze. Nelle *prime* riguardanti le ferite senza sutura, giunge a questi risultati: che le ferite si allargano nella diastole e si restringono nella sistole; quelle perpendicolari alla parete dànno più sangue che quelle oblique; l'emorragia delle piccole ferite nelle orecchiette è sempre mortale se non si fa la sutura. *Serie* 2.ª Che numero di punti può sopportare il cuore, e quale è il miglior metodo per darli? L'A. ha praticato da 3 a 5 punti staccati, ed in altri casi ha fatto una sutura continua che cominciava dal lato destro del solco atrio-ventricolare, e passando per la punta andava sino al solco atrio-ventricolare del lato sinistro. In queste suture il punto deve prendere solo il pericardio viscerale e lo stato muscolare esterno; 3.ª *Serie.* Grosse ferite del cuore con sutura. In esse la ferita del cuore è mortale se la sutura non vien fatta subito. Negli animali grossi la sutura a punti staccati, sebbene più lunga è più vantaggiosa di quella continua, perchè, se un punto di questa cede, tutta la sutura si rallenta. Pei reperti istologici l'A. dice che dopo 4 settimane la ferita viene ricolmata e riunita da una neoformazione di connettivo fibroso; esso prende il posto delle fibre muscolari, onde il numero di punti deve esser minimo, perchè minima sia la parte delle fibre ma che vengono sostituite da connettivo.

Conclude che non ogni ferita ha bisogno di essere suturata, ma occorre distinguere sempre i casi estremi da quelli che possono guarire anche senza trattamento locale.

XVIII. GOTTSTEIN. — *Continua la trattazione dell'articolo XV.*

XIX. MOSER. — *Sulla casuistica dei tumori e dei seni frontali* (*Clin. Chir. di Brèslavia,* prof. MIKULICZ).

I tumori dei seni frontali vengono diagnosticati abbastanza bene sia coi dati etiologici che colle osservazioni cliniche; su questi dati fondamentali l'A. estende una casuistica dei tumori dei seni frontali corredando il suo studio di preziose storie di casi studiati nella Clinica del prof. Mikulicz.

XX. KOEBEL. — *Sulla combinazione della otite media coll'ascesso cerebrale rinogeno* (*Dukmissenhause di Stuttgart*, preparato chirurgico dottor STEINTHAL).

Gli ascessi cerebrali sviluppatisi per via vasale sono reperti molto rari. L'A. descrive un caso di grande interesse, poichè l'empiema di tutte e due i seni frontali era complicato con una otite media purulenta e con empiema dell'antro mastoideo.

Fa una preziosa citazione di tutti gli altri casi descritti sull'argomento. Per lo svuotamento del seno frontale raccomanda la resezione subperiostea della parete anteriore del seno stesso, col quale metodo noi possiamo bene vedere se c'è una perforazione della parete interna che apra all'ascesso l'adito verso l'interno del cranio.

Deutshe Zeitschrift für Chirurgie. Band 53. Heft 5 e 6, 1899.

XIII. Hübscher. — *Del cubito-valgo femminino.*

Quella di cui si occupa l'Autore non è la deviazione dovuta a fratture male consolidate, ma quella che si presenta con la stessa modalità di un ginocchio valgo. Con 225 misurazioni eseguite in 125 donne conclude che la comparsa della deviazione laterale coincide con l'epoca della pubertà.

XIV. Lauenstein. — *Una frattura tipica della tibia per distacco.*

Sono quattro casi consecutivi a cadute o salti e diagnosticate solo con l'aiuto della radioscopia.

XV. Martens. — *Studio sui corpi articolari.*

La distinzione è secondo che si tratta di segmenti distaccati o di neoformazioni. Se si tratta di segmenti distaccati, è per lo più un trauma che li ha prodotti, e ciò lo prova con 60 osservazioni, che riguardano il gomito ed il ginocchio e prevalentemente in giovani. In questi solo 20 volte era avvenuto un trauma. Della seconda categoria ne riporta solo nove casi, ma riguardano in special modo persone in età avanzata.

XVI. Friedrich. — *Contributo sperimentale allo studio della tubercolosi chirurgica.*

L'ha studiata nelle ossa, articolazioni, reni, e trovò come mai trovò un rapporto fra trauma e tubercolosi.

XVII. Meyer. — *Due casi di strangolamento intestinale in sacche peritoneali non ancora descritti.*

Sarebbero ernie paradigiunali di Brösike.

XVIII. Escher. — *L'ernia inguinale interna nella donna.*

Su 600 casi nè trovò 49 in donne, ed in età avanzata.

XIX. Colley. — *La periartrite omero-scapolare.*

La conclusione cui viene l'Autore è quella stessa del Duplay, e cioè che può guarire.

XX. Schambuher. — *Sull'etiologia dell'affezione varicosa delle vene.*

Ritiene che dipendono da debolezza congenita delle pareti per mala disposizione degli elementi che lo compongono e specialmente degli elastici e muscolari. Se in tali circostanze si ha un forte aumento di pressione si produce lo sfiancamento.

XXI. Lampe. — *L'infiammazione delle cartilagini costali consecutivamente a tifo addominale.*

In questi casi la pericondrite è secondaria. Perchè si svolga l'infiammazione nelle cartilagini sono necessarie alterazioni in forma di vascola-

rizzazione e formazioni di spazî midollari. Se non vi è suppurazione conviene aspettare; altrimenti conviene resecare le cartilagini.

XXII. Keidenhain. — *La digiunostomia nell'inanizione per ulcera del ventricolo (duodeno) e sue conseguenze.*

Naturalmente deve eseguirsi nei casi molto gravi, e quando la gastroenterostomia non è sufficiente a riparare l'inanizione.

XXIII. Haefer. — *Casuistica della gastroenterostomia col bottone di Murphy.*

Caso clinico.

RASSEGNA DELLA STAMPA

Vantrin. — *Un nuovo processo di estirpazione del ganglio di Moeckel* (Revue Médicale de l' Est. 15 Novembre 1899). Divaricate le labbra fa sul margine gengivale del mascellare superiore un'incisione che va dal canino sino alla estremità posteriore del margine alveolare. Con una sgorbia scolla dalla tuberosità del mascellare la mucosa che la ricopre e prosegue lo scollamento della radice dell'apofisi malare sino al punto il più lontano del mascellare verso la fossa pterigo-mascellare. Col divaricatore si afferra il lembo scollato e si sposta. Con un colpo di forbici si penetra nel seno mascellare al di sotto della radice del malare, poi si asporta con piccoli colpi tutta la lamina postero-esterna che forma la parete posteriore del seno. Verso la fossa pterigo-mascellare si asporta con lo scalpello tutta la parte parietale postero-esterna del seno che forma la tuberosità mascellare. Ne risulta una cavità formata a spese del seno stesso, il cui fondo non è che la fossa pterigo-mascellare. In questa fossa e sul primo piano anatomico si incontra in mezzo all'adipe che lo protegge il nervo mascellare superiore col suo ganglio. Per distinguerlo bene si cerca nella parte superiore della fossa in contatto del margine della parete sotto-orbitaria un cordone nervoso che si vede sempre ed è il sotto-orbitario. Stirando si scorge la seconda branca del trigemino, il ganglio di Moeckel ed i dentari. Con pochi colpi di sonda si separa il nervo mascellare superiore dalla guaina sino al foro grande rotondo; si afferra il tronco nervoso al suo uscire da questo orificio e si strappa. Siccome la direzione dell'orificio cranico è previamente nel senso dell'asse visiva dell'operatore, lo strappamento si fa bene e permette di portare via la porzione intracranica del nervo.

Muscatello e Damascelli. — *Influenza della sezione dei nervi sulla guarigione delle fratture* (*Arch. f. klinische Chirurgie*). Esperienze su conigli mostrarono che dopo la sezione dello sciatico la consolidazione delle fratture per callo osseo si fa in modo normale, alla condizione che i frammenti sieno e restino bene adattati. I resultati contrari di altri sperimentatori dipendono dalla mancanza di questa condizione.

Rusmetzoff. — *Flemmone ligneo del collo* (*Archiv. für klinische Chirurgie*). È un'osservazione in un uomo di 69 anni. Reclus descrisse questa varietà speciale caratterizzata dalla comparsa sulla parte anteriore e laterale del

collo una tumefazione dura come il legno, e che si sviluppa senza dolore, senza febbre, senza sintomi generali. La pelle non diventa rossa che quando aderisce alle parti sottostanti infiammate. Dopo 4 a 6 settimane si formano nei tessuti induriti dei piccoli focolai di suppurazione. Si osservano specialmente negli individui avanzati in età o che si strapazzarono. I microrganismi che si trovano nel pus sono dei piogeni volgari. Nel caso in parola si trovarono protei e streptococchi la cui virulenza era diminuita.

ROTTER. — *Sulla topografia del carcinoma della mammella* (*Archiv für klinische Chirurgie*). Contrariamente ad Heidenhain dimostra che nel cancro della mammella il grande pettorale è otturato presto in più della metà dei casi sotto forma di noduli cancerosi dei gangli linfatici che si trovano nella fascia posteriore del muscolo. Quasi costantemente si trovano 1 o 2 gangli in corrispondenza del tronco dell'arteria toracica superiore e della metà dei casi 1-3 altri gangli infiltrati al di dietro dell'arteria.

KIRCKNER. — *Osteomielite acuta simmetrica del pube specialmente in rapporto all'etiologia* (*Archiv für klinische Chirurgie*). Si trattava di un giovane di 21 anni, che otto giorni dopo di avere subita una piccola escoriazione in corrispondenza della faccia interna del ginocchio destro entrò nell'Ospedale con una febbre intensa. Per una settimana costipazione, vomito, delirio, brividi, ecc., ed in corrispondenza del pube pastosità dolorosa, profonda ma non fluttuazione. Si pensa che si tratti di flemmone profondo della parete addominale o della cavità di Retzius. Incisione di 6 cent. sulla linea mediana a partire dalla sinfisi del pube. Fuoriuscita di pus, e di due sequestri, e si penetra in due grandi cavità. Tamponamento. Durante un mese fuoriescono altri piccoli sequestri, e guarigione dopo quattro mesi. Si trattava di una osteomielite grave. Pensa che per questa osteomielite l'agente microbico trovasse la sua porta d'entrata in corrispondenza della piccola ferita del ginocchio, e che se il processo si localizzò dalla sinfisi è perchè si trattava di un giovane cavaliere obbligato ciascun giorno a fare varie ore di equitazione in un maneggio.

LISANTI ANGELO. — *Contributo alla chirurgia del cuore.* (La Riforma Medica N. 289, 1899). È un altro caso di chirurgia del cuore, e precisamente in una giovine di venti anni, che ebbe ferito il ventricolo destro, poco distante dal setto interventricolare. La sutura venne eseguita quasi immediatamente dopo la ferita. Avvenne la guarigione, ma ne residuò una aneurisma parziale del cuore, in modo da dubitarsi sull'esito definitivo remoto.

PAGENSTECKER. — *Ferita del ventricolo sinistro curata con successo con la sutura.* (Deutsche medicinishe Wochenschrift N. 32, 1899 Pag.ª 523). Si tratta di un giovane di 17 anni ferito con coltello, e trasportato all'Ospedale due ore dopo la ferita. Condizioni generali gravi. L'operazione viene eseguita dopo sedici ore e con la narcosi all'etere. L'incisione è fatta a livello della ferita in corrispondenza della 5.ª costa, la cui porzione cartilaginea è resecata per circa sei centimetri. Divaricandone i labbri si trova una perforazione della pleura che s'ingrandisce, permettendo così la constatazione di una ferita del pericardio lunga due centimetri. Nessun scolo sanguigno. Ingrandita per 5 centrimetri si scopre sulla parete laterale del ventricolo, a tre centimetri dalla punta, una ferita lunga 3 ½ cent. diretta dall'in-

dietro all'avanti e dall'alto in basso. Scola sangue, che si arresta con tre punti di sutura dell'endocardio e poi superficiali. Un grosso fiotto di sangue poi esce dalla cavità pleurale, e che si arresta col tamponamento. Un mese dopo il paziente stava abbastanza bene, e dopo quattro mesi era guarito. Sarebbero altri nove i casi registrati dal Pagenstecker e trovati nella letteratura. Sei di questi operati guarirono, e quattro morirono. Le ferite curate con il metodo aspettante darebbero invece del 60 solo il 10 o 20 % di guarigioni.

Eichel — *Ferite del pericardio per arme da fuoco.* Archiv für klinische Chirurgie. È un'osservazione che riguarda un giovane di 18 anni, che si era tirato un colpo di revolver del calibro di 7 millimetri. Da prima perdita della conoscenza e poi vomiti e dolori addominali. L'orificio d'entrata era tra la 5.ª e 6.ª costa. Pulsazioni regolari; temperatura 39,3, ventre dolente. Laparotomia con esito negativo. Dopo due giorni, ottusità cardiaca; pulsazioni meno chiare ed oppressione, per cui al 5.° giorno fu fatta la resezione delle coste e dello sterno, trovando 500 c.c. di liquido sanguinolento. Non lesioni del cuore e della parete posteriore del pericardio. Non fu trovata la palla e la ferita venne tamponata. Il liquido si riprodusse due volte e furono fatte due punture estraendo 500 e 1000 grammi di liquido sieroso. Guarigione. Con la radiografia non si rintracciò il proiettile. L'Autore raccolse altre venti osservazioni consimili.

Quervain. — *Sulla Resezione della porzione cervicale dell'esofago per carcinoma.* Archiv für klinische Chirurgie. Si tratta di un uomo di 50 anni, nel quale il tumore si estendeva lungo tutta la cartilagine cricoide. Fu eseguita una fistola gastrica alla Witzel, e più tardi la resezione circolare del tumore a traverso un'incisione verticale fatta nella parte laterale sinistra del collo. Guarigione che durò per due mesi. Su tredici casi analoghi la più lunga sopravvivenza fu di 15 mesi in un malato di Czerny.

Kocker. — *Escisione totale dello stomaco combinata con la necrosi dell'intestino.* (Deutsche medicinische Worchenschrift N. 37. 1899 pag. 606). Il fatto è importante per il fatto della necrosi dell'intestino constatata alla necroscopia. Le suture tenevano benissimo. La dissezione dell'arteria meseraica superiore mostrò che questo vaso era intatto e che non vi era trombosi negli altri vasi del mesenterio.

Langhans che fece la necroscopia e Kocher l'attribuiscono ad un disturbo circolatorio provocato dagli stiragliamenti ai quali l'arteria si è trovata esposta durante l'operazione; come sarebbe stato provato anche da Cohnheim, il quale dimostrò che anche l'interruzione passeggera della circolazione totale, può produrre gangrena estesa della mucosa intestinale.

Rabmmowsky. — *Apoplessia pancreatica.* Archiv. für klinische Chirurgie. È un caso raro ed importante. I sintomi erano quelli della peritonite da perforazione, e cioè collasso, gonfiore dell'addome, dolore, ecc.

Con la laparotomia furono trovati grumi sanguigni provenienti dal pancreas, ed ottennesi la guarigione.

Kehr. — *Le indicazioni terapeutiche della litiasi biliare* (*Archiv für klinische Chirurgie*). Egli emette queste conclusioni basate su molte osservazioni. La cura medica ed in specie la idrominerale trova le sue indicazioni:

1.° Nell'occlusione acuta del coledoco, tanto che non si producono complicanze, cioè se non si protrae, se non vi è febbre, acceleramento del polso, segni di angiocolite che indicheranno un intervento chirurgico; 2.° Nelle infiammazioni della vescichetta con o senza itterizia, quando questi accidenti sono rari e di intensità morbosa; 3.° Nelle coliche pure frequenti che terminano con l'eliminazione di calcoli; se le coliche che sono frequentissime, e se non vi è espulsione di calcoli, l'operazione diventa necessaria 4.° Quando il malato, in conseguenza di stato diatesico (obesità, gotta, diabete) o delle sue lesioni viscerali (cuore, polmone, rene) può avere a temere degli accidenti a causa della narcosi; 5.° Come complemento della cura dopo le operazioni. La cura chirurgica è invece indicata: 1.° Nella colecistite e pericolecistite siero-purulenta acuta; 2.° Quando esistono aderenze tra vescichette ed intestino, stomaco ed epiploon, aderenze da cui resultano dolori, restringimento pilorico, occlusione intestinale, ecc.; 3.° Nell'occlusione cronica del coledoco ed idropisia della vescichetta; 4.° Nella colelitiasi, che, malgrado un inizio benigno, resiste a qualsiasi cura medica e si oppone all'esercizio della professione; 5.° Nell'angiocolite suppurata e gli ascessi del fegato; 6.° Nella perforazione delle vie biliari e peritonite 7.° Nella morfinomania dovuta agli accidenti di litiasi biliare.

MORIAN. — *Sul diverticolo di Meckel aperto (Arch. für klinishe Chirurgie).* Si trattava di un bambino di 5 settimane che aveva persistenza completa del condotto onfalo-mesenterico operato con la laparotomia. L'Autore ha trovati 32 di questi casi, 17 dei quali in maschi; nell'85 per 100 dei casi si tratta di ragazzi di meno di un anno. L'inserzione del diverticolo era due volte vicino alla valvola del bambino, 3 volte dai 5 ai 12 cent.; 5 volte dai 27 ai 58 cent. La lunghezza era 3 volte di 1 cent. 8 volte da 1 a 8 cent. 2 volte dagli 8 ai 15 cent.

TAPIÈ DE CÈLEYRAN. — *Di un caso di elitrocele posteriore. (Parigi-Steinheil 1899).* È interessante la descrizione di questo caso di ernia disabitata del cul di sacco del Douglas, cioè di un'ernia relativamente rara, di diagnosi facile, che va soggetta alle consuete complicanze e che deve essere sottoposta alla cura radicale, e cioè all'isteropessia, o meglio alla colpoperineorrafia.

BERNDT. — *Ricerche sperimentali sulla rottura della vescica (Arch. für klinische Chirurgie).* L'osservò in un bambino di 7 anni, che guarì con la sutura. Fece esperienze su 31 cadaveri sottomettendo la vescica ripiena a compressione lenta o brusca, ed ottenne 31 rotture extraperitoneali e 10 intraperitoneali. Nelle extraperitoneali la vescica era distesa in modo non esagerato, ed il trauma agiva di alto in basso e dall'avanti indietro. Conviene in questi casi incidere e suturare.

BIBLIOGRAFIA

MUSUMESI GRASSO FRANCESCO. — *Sulla sutura delle arterie e sul trapiantamento di pezzi arteriosi per invaginamento.* Catania 1899. È un importante

lavoro eseguito nella Clinica del Prof. Clementi di Catania continuando esperienze già iniziate da Lui e comunicate nel 1894 al Congresso Internazionale di Roma. Le conclusioni a cui viene l'autore sono le seguenti: 1.° La sutura e l'invaginamento delle arterie sono facili ad eseguirsi ed entrambi raggiungono il doppio scopo, l'emostatico, cioè, ed il funzionale. 2.° Nelle ferite longitudinali, nelle oblique e trasverse incomplete non oltrepassanti il terzo della circonferenza del tronco arterioso è indicata la sutura a punti staccati: nelle trasverse complete invece è indicato l'avvicinamento. 3.° Nelle trasverse incomplete interessanti il tronco arterioso per più di $^1/_3$ è utile recidere il vaso totalmente e praticare quindi l'invaginamento. 4.° Il restringimento del lume vasale fino ad $^1/_3$ delle sue dimensioni non apporta trombosi ostruenti solo nelle grandi arterie vicine al cuore, mentre ciò non si ha per le altre arterie, nelle quali la trombosi ostruente è scongiurata solo coi minimi restringimenti. 5.° La sutura e l'invaginamento, sono indicati nelle ferite recenti a margini netti ed inferite in arterie sane, fisiologiche. 6. Il trapiantamento di pezzi arteriosi è di facile esecuzione; il pezzo trapiantato attecchisce e vive, e non vi è pericolo, come pure manca per la sutura e per l'invaginamento, di emorragia immediata e secondaria, nè di formazione di aneurisma traumatico. Riguardo poi alla funzionalità del vaso abbisognano ancora studî positivi per l'asepsi più rigorosa che e *conditio sine qua non* per riuscire.

A. CECCHERELLI.

HOFFA. — *Fasciature ed apparecchi.* Società Editrice Libraria. Milano 1899. È questo il 15.° Volume degli Atlanti di Medicina pubblicati dal Lehmann, ed a mio parere è uno dei più importanti ed utili perchè, come ben dice l'Autore, si prefigge uno scopo eminentemente pratico. Le figure delle singole fasciature sono tutte tratte da fotografie, e perciò sono molto esatte e precise, e quindi la descrizione è chiarissima per quanto breve. Dopo quanto ho detto è inutile aggiungere altre lodi al bel lavoro.

A. CECCHERELLI

NIMIER e LAVAL — *Les Armes blanches leur action et leurs effets vulnerants.* Felix Alcan, Paris 1899. È questo il terzo volume della serie, essendosi gli Autori nei due precedenti volumi occupati dei proiettili e degli esplodenti nella loro azione ed effetti. E questo studio sulle armi bianche è interessante ed utile perchè prendono gli Autori in considerazione le varie specie di armi; e ciò non è inutile ora che le spedizioni coloniali vanno crescendo, e ci si trova a combattere con armi di ogni genere. Naturalmente nello studio sono prese in speciale considerazione le armi più in uso e cioè baionetta, sciabola, lancia e freccia. Sono poi studiati anche i mezzi difensivi come la corazza. È un lavoro che non ha minori pregi di quelli antecedenti.

A. CECCHERELLI.

ANG. BROCA. — *L'Appendicite.* J. B. Baillière et fils. Parigi, 1899. È un altro dei volumi appartenente alla Raccolta delle *Actualités Médicales*, nel quale l'Autore si è proposto di studiare le varie forme di appendicite, e la sua cura. In quanto alle prime Egli le differenzia in forme croniche ed in acute complicate o meno da peritonite circoscritta o generalizzata. Naturalmente prende in esame la cura a seconda di queste forme cliniche.

Il Broca non è fra i così detti *radicali*, i quali vogliono operare sempre e subito, ma fra i *temporeggiatori* come Roux, Jalaguier, Brun, ecc., i quali pur ammettendo che non vi è cura medica efficace non vogliono per questo operare sempre e subito. Ammette che sia il chirurgo a curare i malati di appendicite, sorvegliandoli attentamente, per intervenire al momento opportuno e constatatane la necessità; e ciò perchè non vi sia ritardo nell'operare, ma nemmeno troppa fretta perchè gli interventi immediati dànno risultati meno favorevoli degli interventi ritardati. Ammette la necessità di resecare l'appendice.

Io non posso fare a meno di lodare la chiara e bella esposizione in questo libro, sebbene non ne condivida tutte le opinioni. Le mie a proposito dell'appendicite sono già state da me esposte a pag. 849 di questo giornale per doverle ripetere. Sono fra gli intervenzionisti, ma riconosco che meglio non si poteva sostenere la causa dei temporeggiatori, di quello che lo ha fatto il Broca. A. CECCHERELLI.

LAVARÈDE. — *Tableaux Synotiques de Médecine Operatoire.* Paris J. B. Baillière, 1899. Questo volume fa parte della raccolta conosciuta col nome de Villeroy, e già fu reso conto di quello che riguarda la patologia esterna. In quadri sinottici è esposta la medicina operatoria, scegliendo naturalmente i processi più noti, e descrivendoli sommariamente e nel modo più possibile preciso e conciso. Delle figure illustrano il manuale operatorio. Non è questo un trattato, ma un'utile guida sia per lo studente, il quale può così vedere riassunta in poche pagine ed in poche parole la medicina operatoria, sia per il chirurgo che in un attimo può richiamare alla sua memoria le nozioni necessarie per eseguire un'operazione.

A. CECCHERELLI.

Analisi e studi sulle Acque Arsenicali Ferruginose di Levico. Milano 1899.

MATTIOLI ARISTIDE — *Resoconto clinico-statistico di Chirurgia Operativa dal 1 gennaio 1898 al 30 giugno 1899.* Perugia 1899. (Buon rendiconto di 200 operazioni, con 186 guarigioni, 9 migliorati, 4 stazionari e 2 morti).

L. S. D'ESTE. — *Le incisure, i forami ed i canali sovraorbitari coi nervi relativi e la resezione del nervo sovraorbitario 1899.* (È una comunicazione risultato di uno studio anatomico accurato compiuto nell'Istituto di Anatomia Umana a Pavia per giungere alla conclusione che nella cura chirurgica della nevralgia sopraorbitale l'unica via sicura e razionale per resecare tutte le branche di provenienza del nervo frontale è la infraorbitaria).

BETTI U. A. — *Ovarite bilaterale: rarissima varietà clinica di parotite epidemica* (Dalla Gazzetta degli ospitali, Vallardi. Milano 1899).

RUSSO TRAVALI GIOVANNI. — *Sulla estirpazione del gozzo* Palermo 1899. È questa una tesi per libera docenza in medicina Operatoria, nella quale molto ordinatamente, e con buona critica sono esposti i processi operativi, in modo da costituirne una pregevole monografia sull'argomento).

BOTTINI ENRICO. — *L'Iscuria prostatica.* L. Niccolai, Firenze 1899 (Vedi L'Argomento del giorno).

BALLORI ACHILLE. — *Statistica Sanitaria degli Ospedali di Roma degli anni 1897 e 1898.* Roma 1899.

RUGGIERO. — *Un caso di emorroidi operato col metodo di Witehead.* Roma 1899. (Dalla Rivista Medica della R.ª Marina)

Zagari. — *Gli intenti della Patologia e della Clinica Moderna. Prolusione,* Perugia, 1899.

Caminiti. — *Lo stato presente del trattamento degli ingrossamenti prostatici con le operazioni sugli organi genitali* (Dal Giornale Internazionale delle Scienze Mediche, 1899). Sostiene ancora una volta, come fece nel lavoro pubblicato col Salomoni, la prostatotomia alla Bottini.

Castellana Giuseppe. — *Ernia inguinale destra epiploica irreducibile acutamente infiammata con stravagamento incompleto dell'epiploon. Epiploite. Periappendicite. Intossicazione appendicolare. Chelotomia con incisione alla Bassini. Laparotomia iliaca alla Roux. Guarigione,* Palermo, 1899.

Castellana Giuseppe. — *Iscuria da ipertrofia prostatica. Prostatectomia perineale alla Zuckerkandl. Guarigione,* Palermo 1899.

Castellana Giuseppe. — *Due casi di legatura dell'arteria carotide primitiva per ematoma arterioso circoscritto carotideo.* Palermo 1899.

Castellana Giuseppe. — *Tubercolosi cronica massiva ematogena del rene destro. Nefrotomia.* (Dalla Riforma Medica, Palermo 1899).

Castellana Giuseppe. — *Uretroplastica e chiusura dell'orifizio vaginale in un caso di ipospadia perineale con criptochidia e vagina rudimentale bifida,* (Dalla Riforma Medica. Palermo 1899).

Ceci Antonio. — *Sviluppo ed indole della chirurgia attuale,* Pisa Tipogr. Vannucchi 1899 (Vedi Argomento del giorno).

Mori Antonio. — *Di una varietà anatomica dell'aponevrosi del muscolo grande obliquo.* (Dalla Gazzetta degli Ospitali 1899).

CRONACA.

Per il Congresso Internazionale di Medicina e Chirurgia nel 1900 a Parigi è richiamata l'attenzione di coloro che vogliono fare comunicazioni, che devono inviare il titolo ed il riassunto della comunicazione al Segretario della Sezione prima del 1° Maggio 1900. Per le Sezioni di Chirurgia i Segretari sono: 1.° Chirurgia generale, Walther, 21, Boulevard Haussmann; 2.° per la Chirurgia infantile, A. Broca, 5, Rue de l'Université, e Villemin, 58, Rue Nostre Dame des Champs; 3.° per la Chirurgia orinaria, Desnos, 31, Rue de Rome.

È morto a Londra Sir Paget, l'illustre Chirurgo, del quale sono noti i pregevoli lavori, e più specialmente quelli della malattia che porta il suo nome, e sui rapporti fra le malattie generali e le lesioni chirurgiche. Fu Presidente Generale del Congresso Internazionale che ebbe luogo a Londra nel 1881 e del Collegio dei Chirurghi di Londra.

Missaglia Giuseppe, *Gerente responsabile.*
Tip. della Casa Editrice Dott. Francesco Vallardi, Milano.

Istituto di Clinica Chirurgica della R. Università di Parma
diretta dal Prof. ANDREA CECCHERELLI

L'EMOSTASI

NELLE

OPERAZIONI SUL FEGATO

Studio sperimentale

del Dott. GIULIO BONFANTI CAPONAGO

L'emostasia nelle operazioni sul fegato si può dividere in due grandi categorie; l'una data dai mezzi in certo modo preventivi: costrizione ottenuta per opera di lacci, suture, ecc., l'altra è data dall'efficiente calore in diverso modo adoperato. A queste due divisioni si aggiungono poi le applicazioni di gelatina, fibrina e spugne che secondo il Cornil e il Carnot diedero eccellenti risultati.

Primo fra tutti fn impiegato a questo scopo il laccio di Grandesso Silvestri: l'applicazione del quale si fa pressochè colle stesse modalità di quando si opera su di un arto. Ed anche lo scopo dovrebbe essere uguale. Ma ciò che è facile cosa se si tratta di un arto, ove i tessuti resistono alla pressione, è difficile per un organo parenchimatoso, di una fragilità straordinaria, che si lacera sotto la minima pressione.

Il Terrillon nel 1891 applicò questo mezzo, asportando una grossa cisti da echinococco; compiendo però l'ablazione in settima giornata.

Il Rosenthal nel 93 asportò un'angioma applicando questo metodo. Kaltenbach nel 94 esportò pure una grossa cisti, avendo prima applicato il laccio. Lo Schmidt però ebbe una imponentissima emorragia essendo scivolato il tubo di gomma, quando già aveva isolato la maggior parte di un voluminoso tumore. Künster poi, applicato il laccio, e trovatolo insufficiente, preferì di non procedere all'ablazione del tumore (un carcinoma), ma lo lasciò libero nella cavità addominale. L'ammalato morì poco dopo di infezione settica. Tricomi intervenne in caso di tumore epatico, esportando nella sua prima operazione tutto il lobo sinistro affetto da adenocarcinoma. In questo intervento liberato il fegato da'suoi legamenti, lo portò per la maggior parte all'esterno e applicò il laccio elastico nel solco longitudinale

sinistro fissando l' organo stesso alla parete addominale. Sebbene ogni due o tre giorni stringesse il laccio; essendo obbligato a intervenire in diciottesima giornata pei gravi fenomeni di assorbimento settico avveratisi; si ebbe un' imponente emorragia, che a stento frenò col termocauterio.

In altri casi applicato il laccio intervenne direttamente.

Il Langenbuch riferisce come siano stati registrati nove casi di resezione di fegato coll' applicazione del laccio; sette dei quali preventivamente, due per arrestare l' emorragia già in atto.

Alcuni operatori proposero di sostituire al laccio di gomma un filo metallico, altri di porre fra il laccio e il punto dove cade l'incisione due aghi da calze in croce, in modo da evitare il pericolo di un possibile scivolamento.

Abbiamo già visto come il Tricomi e con lui alcuni altri ridussero il tumore extraperitoneale, lo fissarono al di fuori e vi applicarono il laccio che stringevano ogni due o tre giorni cercando che si producesse una necrosi. Metodo davvero poco consigliabile, pei pericoli che presenta.

Non solo questa modalità operativa è resa insufficiente dalla friabilità del parenchima epatico, per il che l'Israel consiglia di stringere, il più moderatamente possibile, limitandosi a ottenere una semplice diminuzione di deflusso sanguigno; altri frappongono striscie di garza o si servono di lacci molto larghi perchè la pressione si eserciti su vasta superficie; ma è reso spesso affatto insufficiente in causa della conformazione anatomica dell' organo. Infatti quando si tratta di tumori ad esempio che occupano tutto il lobo sinistro, il laccio deve cadere al di là del solco longitudinale, ed allora alcuni vasi non restano compressi, altri lo sono, ma non in senso tangenziale.

Se il tumore è del lobo destro, sarà sempre molto difficile peduncolizzarlo, a meno di non isolare completamente il fegato, correndo il grave pericolo o di ledere il pericardio o di produrre degli stiramenti esagerati sulla parte tendinea del diaframma, procurando un' immediata sospensione del polso e del respiro.

Si potrebbe ottenere una temporanea sospensione del circolo epatico sollevando il lobo destro del fegato e coll'indice della mano sinistra penetrando trasversalmente nell' hiatus di Winslow dietro l'orlo del legamento epatoduodenale nella borsa omentale, flettendo il dito si verrebbero a comprendere tutti gli elementi dell' iloepatico.

Questa manovra è sovente resa inapplicabile dalle aderenze che tanto facilmente si vengono a costituire, e qualora si potesse usare, fatta bruscamente, produce la morte dell'individuo in meno di un' ora di tempo.

Morte che avviene per un fatto di stasi nel sistema portale; per il che si ha una infiltrazione emorragica nelle pareti intestinali; una fuoriuscita di sangue che si trova poi raccolto nel cavo peritoneale. Il paziente muore per sfiancamento cardiaco.

Il Langenbuch per utilizzare questo mezzo senza incorrere nell'esito indubbiamente letale, propone un'espediente che se da una parte è logico, all'atto pratico però credo debba essere abbandonato completamente. Egli propone la legatura delle due arterie mesenteriche e della epatica, quindi della vena Porta. Così, egli dice, e giustamente, non si avverano i fatti di stasi, il sangue è lasciato per la massima parte in circolo, e il cuore continua nella sua funzione.

Il Langenbuch anzi insegna il modo di allacciare questi vasi; e per la mesenterica superiore propone il metodo del Lidden; della mesenterica inferiore basterà legare il ramo superiore, immettendo nella cava le vene dei territorii irrorati dal ramo inferiore. Fatte queste due legature, si procede all'allacciatura della Epatica e della Porta che però talune volte è anche trascurabile.

Se questo procedimento teoricamente preso è logico e in verità ideale, all'atto pratico deve però riuscire oltremodo disastroso. In primo luogo la legatura di questi due vasi, non è la cosa più facile, essi sono situati profondamente e il raggiungerli specie se vi è molto grasso peritoneale, è una vera impresa; inoltre è necessario un maneggio non indifferente delle anse intestinali, che unito all'anemia che di necessità si deve produrre deve indubbiamente condurre al collasso.

La costrizione digitale fatta da un assistente offre da un lato alcuni vantaggi sia sul regolare la compressione come per la larghezza di superficie comprimente, ma spesso è inapplicabile data la posizione o la conformazione della parte da resecare.

Fra i metodi di sutura a scopo emostatico proposti possiamo accennare a tre principali che ebbero anche diverse applicazioni pratiche.

Prima di tutto quella del Pensky; sutura oltremodo complicata, come appare anche dalla descrizione stessa. Egli passa mediante un ago ottuso armato di un lungo filo di seta doppio, dalla superficie superiore epatica alla inferiore, fa scorrere il filo pel foro fatto e taglia il capo esterno, quindi a un cent. di distanza ripassa alla superficie superiore e taglia nuovamente il filo esterno. Annoda quindi i due fili esterni estremi passando pel margine libero, quindi fra di loro il filo esterno del foro collocato più internamente con quello interno del foro più esterno. Riesce naturalmente disagevole il dover far passare il filo fra questi fori, fili che per la loro lunghezza possono facilmente venire a contatto cogli oggetti circostanti e infettanti. Per la sua azione poi o si stringe a sufficienza e allora si ha rottura del parenchima ed emorragia a nappo secondaria; o si lasciano allentati i fili e l'emorragia arteriosa sarà solo in minima parte diminuita e quindi inutile fare una sutura.

Eccellente fu l'idea del Prof. Ceccherelli in uno col Dott. Bianchi, di proporre un nuovo metodo di sutura, col quale si venivano ad ovviare in gran parte gli inconvenienti presentati dal metodo del Pensky.

Questi due autori compresero quali dovevano essere i funesti esiti di una lacerazione del parenchima e immaginarono quindi il modo di poter fortificare la resistenza presentata dalla Glissoniana, facendo in modo che l'azione comprimente data dai nodi delle anse di filo passate nel parenchima, non si esercitasse su di un punto limitato. ma bensì su di una larga base. Essi in certo qual modo portarono nel campo delle suture, il precetto adottato da Lücke che sottopose al laccio elastico una striscia di garza.

Dopo vari tentativi, ricercando una sostanza che avesse le proprietà di venire riassorbita perchè non rimanesse poi nella Glissoniana come un corpo estraneo, scelsero l'osso di balena, decalcificato, che meglio presentava i requisiti dai due autori ricercati.

Non starò qui a descrivere il modo con cui essi decalcificavano queste stecche: ad ogni modo una volta che erano pronte ne applicavano una alla superficie superiore e l'altra inferiore, dopo averle bucherellate in modo che i diversi fori si corrispondessero; queste hanno il vantaggio di adattarsi perfettamente alle due superfici abbastanza irregolari del fegato. Indi con un ago lanceolato armato di due fili di seta trapassavano il parenchima attraverso naturalmente ai fori antecedentemente praticati. Passati due fili per ogni foro si annoda il primo, col primo esternamente, il secondo con quello del foro più vicino e così via fino ad arrivare dall'altro lato: ciò che si fa su di una superficie lo si ripete sull'altra stringendo potentemente in modo da ottenere una valida compressione. Ciò fatto, si passa all'incisione del fegato mediante il bisturi: da ultimo i capi corrispondenti di una superficie si annodano con quelli del lato opposto, passando sulla superficie cruentata in guisa da ottenere una specie di incappucciamento della ferita.

Questi Autori sperimentarono su parecchi casi ed ottennero sempre splendidi risultati. Fondandosi quindi sulle loro molteplici esperienze venivano press'a poco a queste conclusioni, che cioè: si ottiene una perfetta emostasi senza lacerare la Glissoniana, la quale viene rafforzata nella propria resistenza dalle fettuccie di osso di balena. Un secondo vantaggio poi sarebbe quello di poter incidere col bisturi senza che si versi la minima quantità di sangue, o che si abbia stravaso biliare, e così si evita l'escara che si produce col termocauterio, che può essere pericolosa o per una emorragia secondaria che può succedere in seguito alla sua caduta prematura, o per altri disturbi a cui possa dar luogo non venendo riassorbita.

Ancora più recentemente in Francia fu dall'Audray indicato un nuovo metodo; questo autore si propone di raccogliere in un solo pacchetto tutti i vasi compresi dalle anse dei suoi punti di sutura, non preoccupandosi del parenchima epatico che viene completamente lacerato stirando i nodi; press'a poco in questi termini si può riassumere tale metodo: si passano ad eguale distanza dei margini del lobo

che si vuole resecare un centimetro circa all'interno del punto ove cadrà l'incisione ed attraverso al parenchima dalla faccia superiore all'inferiore due fili di seta numero 5 lunghi 30 centimetri, e mediante un ago speciale completamente ottuso in tutte le sue parti. Si indichino questi due fili col nome di x y l'uno e di A B l'altro: vengono incatenati questi due fili incrociandoli, indi il capo B ad un centimetro dal punto in cui fuoresce dalla faccia inferiore lo si fa passare alla superiore e lo si annoda col corrispondente A e stringendo lentamente e progressivamente, così si lacera il parenchima, fino ad aver compreso nel nodo tutti i vasi maggiori; quindi si ripassa il filo B alla faccia inferiore e ad un centimetro di distanza lo si fa passare nuovamente alla faccia superiore, annodando pur esso e stringendo si procede fino ad arrivare al margine del fegato; ciò che si fa per il filo A B lo si ripete per il filo x y.

In tal guisa si viene a costituire una serie di anse oblunghe che in esse tengono stretti i vasi epatici.

Io credo però che pochi sieno i vantaggi che può arrecare, in confronto al pericolo dell'emorragia parenchimale; o se esperimentando sul cadavere non ebbe fuoruscita del liquido iniettato, ben altra cosa deve essere sul vivo, quando i capillari sono ripieni di sangue circolante.

La sutura della glissoniana proposta dal Tansini, comprendendo nelle anse dei punti anche profondamente il parenchima, è un eccellente mezzo emostatico, ma non è praticabile che in casi eccezionali, cioè quando non vi sia perdita di sostanza sicchè i bordi si possano facilmente far combaciare.

Sarà quindi solo applicabile in caso di ferite da arma tagliente, o anche di lacerazioni per distacchi di briglie durante atti operativi portati nelle vicinanze del fegato stesso.

Recentemente il Cornil ed il Carnot proposero di includere a scopo emostatico fra i margini della ferita, o della fibrina asettica sia cotta che cruda ottenuta sbattendo del sangue raccolto da una femorale di cane in una bottiglia contenente pezzetti di vetro, o anche adoperando della gelatina nella proporzione di gr. 50 di gelatina, un grammo di cloruro di calcio e 1000 di acqua, o delle spugne imbevute in bianco d'ovo. Questi autori esperimentarono con successo tanto sui cani che sui conigli venendo a delle conclusioni molto favorevoli sul metodo da loro esperimentato. La fibrina avrebbe sulla spugna il vantaggio di prestarsi ad una più rapida formazione delle trabecole cicatriziali, mentre la spugna ha il vantaggio di servire di ottimo sostegno a queste trabecole stesse che da ultimo dànno una perfetta cicatrice. La gelatina proposta come ottimo emostatico, lo è in realtà, ma non dà sufficiente garanzia per la poca aderenza ai tessuti sottostanti del coagulo da esso formato, per la facilità con cui si infetta e perchè la sua presenza nel peritoneo favorisce lo sviluppo dei germi patogeni.

I due autori suaccennati nelle conclusioni del loro lavoro si ricredono di aver fornito alla chirurgia del fegato dei mezzi utilissimi di emostasi, e press'a poco in questi termini chiariscono il metodo di intervento in singoli casi speciali: dicendo come se si tratterrà di una semplice soluzione di continuo, con margini non troppo allargati quale una ferita, si potrà farvi sgocciolare una soluzione di gelatina al 10 °/₀ sterilizzata. Se la ferita sarà un po' slabbrata per maggior sicurezza vi si aggiungerà la sutura della Glissoniana. Consigliamo inoltre di togliere dei lembi di fegato onde regolarizzare la ferita e potere così bene applicare il mezzo emostatico.

Se la perdita di sostanza è superficiale si può praticare la emostasi, adattandovi una lamina del grande epiploon, assicurata con punti alla Glissoniana. Se la perdita di sostanza è considerevole, ci si potrà servire o di fibrina umana fresca o anche cotta, oppure di spugna impregnata o no nel bianco d'uovo. La spugna presenta uno svantaggio sulla rapidità di organizzazione del tessuto fibrinoso, ma offre maggior resistenza e riempie meglio la cavità ove è posta.

Fu ancora adoperato lo zaffo di garza all' iodoformio, sia dopo aver fissato il fegato alle pareti addominali, sia essendo libero in cavità. E furono il Mikulicz e lo Schmidt che lo misero in pratica in due casi di gomma rammollita che asportarono mediante la cucchiaia tagliente. Si comprende però che se corrispose in quei due casi fu perchè l'atto operativo era tale da non ledere dei vasi, ma solo del tessuto necrosato rispettando le parti sane circostanti. Il Linz e l'Escher poi in un caso di un vasto tumore, applicarono l'ecraseur, ma sebbene si fossero serviti anche del termocauterio per completare l'incisione, pure ebbero una emorragia secondaria gravissima che portò il paziente alla morte in poche ore.

Passati in rapidissima rassegna i mezzi che vengono a portare una costrizione meccanica, veniamo ora a studiare quei mezzi che hanno per scopo di portare una chiusura dei vasi, per opera dell'agente calore sotto diverse forme impiegato.

Il termocauterio del Paquelin fu il primo che si è a tale scopo usato. Venne in seguito sostituito dal coltello termogalvanico pei vantaggi che presenta, i quali sarebbe qui inutile enumerare. Mentre tale mezzo fu sempre l'ultimo espediente al quale sovente dovettero i chirurghi in pratica ricorrere, ed ha sempre almeno in parte corrisposto; ben poco si è fatto nel campo sperimentale per stabilire quale sia realmente la sua utilità. Fu solo il Prof. Ceccherelli che nel lavoro sulla resezione del fegato presentato alla R. Accademia di Torino e che fa parte anche della Enciclopedia Universale di Chirurgia accenna a' suoi esperimenti fatti in proposito e dai quali ebbe un esito completamente favorevole.

Egli infatti potè asportare quasi per intiero il lobo mediano e maggiore di un grosso cane, abbandonando poi il fegato in cavità ed ottenendo una guarigione perfetta, sicchè il cane visse per più di duecento giorni quando fu dal Professore stesso ucciso.

Dal canto mio posso accennare a due esperienze in proposito, quantunque non mi fossi ad ultimo scopo questo prefisso.

Volendo vedere ciò che sarebbe avvenuto di una porzione di fegato sottratta in gran parte alla circolazione centrale mi servii del termocauterio per praticare un'incisione in un lobo epatico di un cane, in direzione parallela al bordo anteriore e distante circa due centimetri dal medesimo.

L'incisione fu profonda circa un centimetro e mezzo nella superficie superiore e non si ebbe neppure una goccia di sangue. Rimisi il fegato in posto, suturai le pareti addominali, l'animale si riebbe tosto. Dopo circa due mesi del primo atto operativo riapersi l'addome all'animale e riscontrai come il lobo da me inciso la prima volta era adeso al diaframma per tutta l'estensione della ferita; estrassi allora il lobo vicino e questa volta il mediano è più voluminoso e lo incisi col medesimo mezzo nella faccia inferiore pure parallelamente al bordo esterno a due centimetri circa dal bordo esterno e questa volta tanto profondamente da lasciare la parte esterna solo unita al resto per un terzo del suo spessore totale ed anche meno, però dovetti ritornare più volte sui vasi maggiori onde ottenere la completa emostasi; quindi rimisi il fegato nella cavità addominale ove fu lasciato completamente libero; suturate le pareti esterne con triplice strato, l'animale si riebbe tosto, e in seguito non mostrò alcun fenomeno rilevabile; la ferita esterna guarì quasi per prima in tutte e due le operazioni essendo semplicemente ricoperta da Collodion e all'Iodoformio.

Questo metodo che fu quasi mai esperimentato, se si eccettua il Prof. Ceccherelli che con alcune esperienze volle rendersi conto esatto di ciò che si doveva fare in pratica, o meglio in seguito fu praticato; da me che mi servii di questo mezzo come il più sicuro per ottenere un altro scopo, e se vogliamo da alcuni altri esperimentatori, pur essi per altri intendimenti, è quello che si può dire ha ricevuta la sanzione dalla pratica e infatti, se si dà uno sguardo alle statistiche delle operazioni sul fegato, si vede come esso siasi o per elezione o per necessità sempre usato, e pochissime siano le eccezioni, e solo in caso di esportazione di piccolissime porzioni di fegato. Tutti gli operatori che nel corso delle loro operazioni avevano scelto un altro mezzo di emostasi furono poi quasi sempre costretti a ricorrere al termocauterio per completare quella emostasi che era rimasta molto incompleta cosa.

Non dobbiamo però credere che questo procedimento sia totalmente privo di inconvenienti: esistono e sono parecchi e abbastanza gravi. In primo luogo l'emostasi così ottenuta è dessa veramente completa? Lo sarà, anzi lo è finchè si tratta di agire sul parenchima epatico privo di vasi di un certo calibro, ma se noi dobbiamo addentrarci molto, in modo che sotto il nostro tagliente cadano vasi di grosso calibro, e dall'anatomia sappiamo che ne esistono nel fegato

che hanno il calibro di più di un centimetro di diametro, specie i venosi, l'azione non sarà più sufficiente perchè per quanto sia forte la retrazione delle pareti vasali non sarà mai tale da occludere perfettamente il vaso, e la colonna sanguigna, che resterà così a contatto per una superficie abbastanza ampia, per la sua pressione certo riuscirà a rimuovere quel sottile ponte di sostanze escarotiche che otturerà momentaneamente il vaso stesso.

Secondo pericolo che presenta è dato dall'escara che resterà sempre come un corpo straniero nel cavo peritoneale. La guarigione della ferita dovrà avvenire per necessità di seconda intenzione, e per conseguenza facile una infezione, o per microrganismi che circolanti nel sangue ivi si fermino come nel locus minoris resistentiae, o anche risalendo dall'intestino pei dotti biliari. È facile poi una caduta prematura dell'escara tanto più che in questi casi non è sostenuta dalla medicazione posta al di sopra, ed allora il pericolo grave di emorragie secondarie che possono portare un esito letale in brevissimo tempo.

Leggendo i vari resoconti delle operazioni fin qui praticate si vede sempre come la maggior parte dei successi sia interamente dovuta all'abilità dell'operatore e al suo sangue freddo che non si perde d'animo trovandosi in presenza di una ferita che versa un'enorme quantità di sangue, mentre egli si trova nella quasi impossibilità di poterlo arrestare. Infatti l'operatore passa e ripassa più volte colla lama arroventata sulla stessa ferita; e sovente bisogna ricorrere sull'istante ad altri mezzi, quando, come giustamente afferma il Langenbuch, non è la natura stessa che viene in nostro soccorso, portando colla lipotimia una diminuzione di pressione endovasale, che giunge ben gradita al chirurgo che già si trovava davanti un cadavere immerso in un lago di sangue.

Passiamo ora a trattare del calore sotto le due diverse forme adoperato, cioè come aria sopra riscaldata, e come vapore acqueo sotto pressione, metodo che fu introdotto da pochissimo in chirurgia, e che ancora non fu realmente studiato nei suoi effetti.

L'Holländer al Congresso internazionale di Mosca nel 1897 presentava un suo metodo di cura del Lupus mediante l'aria sopra riscaldata o sottopressione, che otteneva mediante un'apparecchio da lui ideato, che consisteva in un tubo foggiato a doppio serpentino. All'uno dei capi di questo innestava un doppio pallone da insufflatore; all'altro estremo un imbuto di diversa grandezza a seconda della limitazione del getto di aria; mediante una lampada Bunsen rendeva incandescente il serpentino e allora insufflava l'aria, che usciva dall'altra estremità con una temperatura di trecento e più gradi. Il criterio per l'Holländer che il getto d'aria abbia la sua proprietà terapeutica è che carbonizzi un pezzo di carta a un centimetro di distanza della bocca di uscita. Così l'Holländer descrive l'azione

che ha l' aria che fuoriesce dal suo apparecchio sui tessuti luposi previo scucchiaiamento colla cucchiaia del Volkman.

Allorquando si dirige una corrente d'aria sopra riscaldata su di una regione infiltrata di noduli luposi scarificati, si assiste ad una specie di movimento peristaltico della pelle: la regione così trattata si raggrinza e diventa di un bianco di neve per effetto della contrazione energica delle pareti vasali e se non si spinge la scarificazione fino alla carbonizzazione completa, ma solamente fino a tanto che la pelle assume un aspetto di carne secca, il tessuto sano riprende a poco a poco il suo aspetto normale, mentre che le masse lupose mortificate si eliminano.

Fu il dottor Schneider di Heidelberg che, essendosi dedicato a delle ricerche di questo genere, e non avendogli corrisposto l'azione del vapore come vedremo in seguito, ebbe l'idea di utilizzare il metodo proposto dall' Holländer a scopo dermatologico, per l' emostasi sugli organi parenchimali in genere e sul fegato in ispecial modo. Lo Schneider esperimentò in più di venti conigli e su tre cani resecando delle porzioni considerevoli di fegato e di milza, ottenendo dei risultati favorevolissimi. Dai suoi esperimenti potè concludere come il metodo migliore per ottenere l'emostasi coll'aria sopra riscaldata sia il seguente. Di riscaldare dapprima per cinque buoni minuti e anche più l'apparecchio dell'Holländer, e di non accingersi all'operazione se non prima si è bene accertati che carbonizza istantaneamente un pezzetto di carta come sopra già abbiamo riferito a un centimetro di distanza dalla bocca di efflusso dell'aria. Allora si avvicina l'apparecchio alla ferita e vi si immette lentamente l'aria avendo sempre cura di asciugare continuamente il sangue che cola dalla ferita. Si incomincia col dirigere il getto d'aria calda lungo i margini della soluzione di continuo, e solo in seguito lo si dirigerà nelle parti centrali della ferita stessa. E ciò perchè più spacialmente alla periferia avvengono dei distacchi dell' escara, per l'azione stessa meccanica del getto di aria, e di qui la necessità di agire specialmente su queste parti.

Quando si ha commista all'emorragia a nappo dei getti di sangue arterioso, si fa comprimere l'organo alla base da un assistente il che mentre fa si che sia molto minore la perdita di sangue rende più facile e accelera la formazione dell'escara. Continuando in questo modo dirigendosi dalla periferia al centro, si vede ben presto formarsi un'escara sanguigna nera, liscia, fortemente aderente e che meccanicamente impedisce ogni ulteriore fuoriuscita di sangue. Nel frattempo tutto il sangue che si trova al di là di tale escara non coagula che lentamente. Se però si soffia l'aria troppo rapidamente il sangue dietro l'escara non si coagula, ma entrando in ebollizione la solleva in bolle e la fa cosi distaccare. In questo caso conviene comprimere dapprima con un tampone di garza l'escara, e trattarla in seguito energicamente in tutti i punti ove l'escara sia sollevata o anche caduta col getto di aria calda.

Una volta completata l'emostasi onde meglio assicurarsi della solidità ed omogeneità dell'escara stessa conviene indirizzare su tutta la superficie il getto di aria insufflando energicamente nell'apparecchio; allora si vedrà sollevarsi in bolle o rompersi nei punti non sufficientemente solidi. Se sarà sopportata questa prova, si potrà far rientrare l'organo nella cavità peritoneale senza paura che l'escara si distacchi.

Lo Schneider inoltre stabilì mediante l'esame microscopico, come i tessuti situati in vicinanza dell'escara conservino il loro aspetto normale. Per meglio assicurarsi poi che questo mezzo non arreca alcuna alterazione nei tessuti limitrofi ha affondato il termometro appena al disotto del punto ove cauterizzava e si è potuto assicurare come a cinque millimetri di distanza il termometro non saliva al disopra dei 39 centigradi, temperatura normale per il fegato. Segnava non più di 41 centigradi se posto appena al di sotto del punto ove avveniva la formazione dell'escara.

Lo Schneider trae come conseguenza delle sue esperienze che l'aria sopra riscaldata è un eccellente mezzo emostatico; che è suscettibile di arrestare le emorragie provenienti dai grossi vasi e di assicurare l'emostasi di estensioni ragguardevoli di tessuto cruentato. Che l'escara è perfettamente asettica, tanto più che si evita ogni contatto coll'apparecchio. E si augura che il metodo venga messo in pratica anche sull'uomo.

Lo Schneider nel trarre le sue conseguenze dimentica secondo me due fatti importantissimi da prendere in considerazione, e che tolgono certamente tutti i presunti vantaggi a questo metodo emostatico.

In primo luogo egli ha operato su animali, con un fegato di piccole proporzioni e quindi a vasi solo di calibro abbastanza piccolo: ora se fu perfetta in questo caso l'azione emostatica, da ciò non può argomentarsi che sia tale nelle operazioni sull'uomo dove i vasi sono maggiori; ma ciò sarebbe ancora un inconveniente trascurabile, dato che con nessun altro mezzo si può ottenere un effetto più potente. Il modo di esplicarsi di questa azione emostatica appare chiaro come sia identico a quella del termocauterio, gli effetti quindi saranno uguali; ora io credo che fra i due sia molto più semplice attenersi al coltello termo-galvanico, piuttosto che dover manovrare con un apparecchio alquanto più complicato.

Il nostro obiettivo in queste operazioni deve essere quello di ottenere l'emostasi senza lasciare in sede dei corpi che possono portarci delle infezioni, o dare degli altri inconvenienti agendo come corpi stranieri, ecc. Ora è appunto per questo che mi indussi a prendere in seria considerazione e studiare l'applicazione del vapore acqueo, che se come emostatico non è superiore agli altri che già possediamo, presenta però appunto il vantaggio di non lasciare una vera e propria escara, e di far sì che si possa ridurre di molto il numero delle legature.

Fu lo Sneguirew, professore di ginecologia all'Università di Mosca, che primo lo mise in pratica, ma in un altro ordine di malattie. Egli poi avutine degli eccellenti risultati lo propose come ottimo emostatico per la chirurgia degli organi parenchimatosi e in specie del fegato riportando a comprova del suo asserto anche l'esperimento.

Già da parecchi anni lo Sneguirew lo impiegava a frenare le emorragie uterine, date specialmente dalle endometriti emorragiche. Egli previa dilatazione del collo uterino introduceva nell'utero una cannula in comunicazione con una piccola caldaia, nella quale vi era dell'acqua mantenuta in ebollizione, e lasciava agire sulla mucosa uterina il vapore che veniva svolgendosi. Otteneva così un'azione emostatica perfetta, e inoltre un'azione antisettica che dimostrava, fra l'altro, perchè i secreti dapprima fetidi divenivano in seguito completamente inodori. Non ebbe mai effetti generali di qualche importanza per simile trattamento, le ferite guarivano per prima intenzione.

Egli conferma la bontà di questo suo metodo dimostrando come si possa impunemente tagliare la femorale di un grosso cane con un bisturi sia in senso longitudinale che trasversale, si possono esportare anche porzioni rilevanti di fegato, polmoni, reni, porzioni voluminose di cervello, un'intera porzione di utero senza avere punto emorragia: tutt'al più una cosa insignificante.

Il processo di cui lo Sneguiriew ha il vanto di aver proposto per il primo, mentre ebbe molta fortuna nel campo della chirurgia ginecologica, sicchè oggi in parecchie cliniche estere viene usato come uno dei comuni metodi di emostasi specie dopo gli studi del Pincras; non così fu fortunato per le sue applicazioni nella chirurgia degli organi parenchimali, e così dal 91 e ancora prima, epoca in cui fu proposto, non se ne ebbe alcuna applicazione pratica non solo, ma pochi furono anche i chirurghi che se ne occuparono o almeno cercarono in certo qual modo coll'esperimento di provarne l'efficacia.

Fu lo Schneider quello stesso che divenne poi il patrocinatore dell'impiego dell'aria sopra riscaldata come mezzo emostatico, che primo se ne occupò esperimentando questo metodo per poi passare all'altro, avendo avuto secondo lui molti scarsi risultati.

Le sue esperienze che consisterono nel resecare a dei conigli un frammento di fegato o di rene, ed a fare agire in seguito un getto di vapore sulla ferita, gli diedero questi risultati. Se riusciva a fermare facilmente ogni emorragia parenchimale, il sangue proveniente dai vasi maggiori, specie se vasi arteriosi non capillari, non cessavano di dar sangue che molto lentamente, sicchè dovette più volte ricorrere all'azione del coltello rovente o anche al semplice tamponamento che gli diedero migliori risultati.

Inoltre egli fa osservare come sia difficilissimo localizzare l'azione del getto di vapore e come questo, addensandosi sul campo operativo, formi una specie di nebbia che lo oscura, trovando così difficoltà tali da rendere questo procedimento completamente inapplicabile.

Esperienze in proposito e con ottimo risultato furono fatte in Italia, adoperando l'apparecchio per la disinfezione delle ferite che avvengono in campagna del Dottor Giancola. E fu il Mendini il primo che pubblicava sul Giornale Medico del regio esercito il risultato di due sue esperienze di resezione di porzione di fegato ottenendo l'emostasia col getto di vapore proveniente dall'apparecchio del Giancola e con esito felice.

Il Fiore e il Giancola sperimentarono in seguito portando un contributo di sei altre esperienze fatte, cinque sul cane e una sul coniglio. Da tutte queste esperienze che riunite sommano ad otto, in cui non si ebbero che due casi di morte: l'una avvenuta sei ore dopo l'operazione, l'altra otto giorni dopo e non per emorragia, gli autori concludono, traendo molto buoni auspici per l'applicazione di simile metodo. Le morti furono dovute l'una al fatto che nella prima esperienza, non paghi della emostasia ottenutasi, rimossero il coagulo con un batuffolo e fecero agire nuovamente il vapore a meno di un centimetro di distanza; l'emorragia si frenò, ma la superficie cruenta del fegato assunse un colore grigiastro, dovuto a cottura dell'organo stesso, e il cane morì di infezione settica. Nel secondo caso dovuto al Mendini si ha la morte otto giorni dopo per marasma, essendo antecedentemente il cane in cattive condizioni.

Questi autori, passata in rapidissima rassegna tutti gli svariati e complicatissimi mezzi di emostasi sul fegato, si vantano quasi di aver definitivamente risoltà questa grave quistione, augurandosi che serì studi con maggiori mezzi siano intrapresi e che entri nella Chirurgia comune questo processo operatorio.

L'azione del vapore si esplicherebbe, secondo i sunnominati autori, sia portando un eccitamento tale sull'intima dei vasi da produrre una forte retrazione; in secondo luogo costituendo al di sopra della ferita una specie di vernice di albumina coagulata, che servirebbe a favorire la cicatrizzazione per prima.

Non sarebbero poi trascurabili e l'azione potentemente antisettica del vapore d'acqua e l'azione termica portando benefici effetti sul riscaldamento del campo operativo.

Le operazioni sul fegato sarebbero quindi ridotte alla massima semplicità; basterebbe un bisturì, un apparecchio per la produzione del vapore, e in pochi secondi la resezione viene praticata. Come effetti lontani vi sarebbe una cicatrizzazione per prima, regolarissima si da sembrare in seguito più un fegato anormale, che un resto di una operazione tanto grave. Terminano poi il loro lavoro con quanto riferisce il Mendini nella sua memoria.

« Io sono convinto dopo le accennate esperienze che nessun altro mezzo nè chimico, nè meccanico, nè fisico, ci possa dare l'emostasia in caso di ferite del fegato o di altri organi delicati in maniera più efficace e meno pericolosa ».

Sono queste esperienze che daranno certamente un impulso all'avvicinarsi sempre più ad una tecnica razionale e sicura operatoria del fegato, ma che però riportano anch'esse del peccato originale e cioè sono sempre esperimenti; e ciò che il Fiore e il Giancola affermano cioè di avere davanti a sè due fattori sempre eguali è un'inesattezza. Lo sarà per il primo fattore agente il vapore, ma per il fegato ciò non è: e già la differenza è grande stando nelle condizioni normali, figuriamoci poi nelle patologiche.

Ad ogni modo presa nel suo complesso l'idea è eccellente e merita quindi la massima delle considerazioni. Se con questo mezzo non avremo completamente risolto il quesito sì da rendere una operazione tanto grave fra le più facili, potremo però sempre mettere nelle mani di un esperto chirurgo un mezzo che con alcune modificazioni potrà essergli utile. E in proposito anch'io intrapresi delle esperienze non dimenticando però l'obiettivo clinico.

Le esperienze, fintantochè operai sul fegato di cani, mi diedero dei risultati più che brillanti, non così però quando per provare fino a che punto arriva la potenza emostatica di tale mezzo incisi e la femorale e la carotide, arterie che più si approssimano al volume delle arterie nel fegato umano.

Per le mie esperienze mi servii di una piccola caldaia con un manometro e con aggiuntovi un robusto tubo di gomma per la proiezione del vapore; avendo così un apparecchio identico a quello del Pincus, se si eccettua la bocca di emissione del vapore, in quel caso rappresentata da una complicata sonda uterina, nel mio un semplice rubinetto. Il getto di vapore veniva proiettato sulla ferita, ove arrivava ad una temperatura di circa 70 gradi (il vapore a una temperatura minore perde in massima parte i suoi benefici effetti); la durata dell' applicazione variava fra 7 a 12 secondi, il cane era anestetizzato mediante un' iniezione di morfina di un centigramma per ogni chilog. di peso del cane.

Riporto qui in succinto i resoconti sperimentali:

Esperienza I. — 30 Marzo 99. Cane di chilog. 5. Incisione mediana all'apofisi xifoide a 3 cent. dall'ombelico. Estratto il fegato vengono asportati mediante bisturi due terzi del lobo medio. Emorragia imponente, si dirige il getto di vapore prima al centro, dove i vasi maggiori danno un abbondante emorragia a parabola, quindi alla periferia dove prevale l'emorragia a nappo. In 10 secondi cessa ogni sgocciolio sanguigno, tutta la ferita è ricoperta da una patina rossastra, lucida e trasparente.

Rimesso il fegato in cavità si osserva come non dà più sangue: viene suturata la parete addominale con triplice strato; il cane si riebbe subito.

Ucciso l'11 Maggio 99 si trova la ferita epatica completamente cicatrizzata.

Nella sua parte inferiore la cicatrice è tenacemente adesa alla parete del ventricolo sottostante.

Esperienza II. — 15 Aprile 99. Cane di media taglia, si procede come nell'antecedente esperienza. Portato fuori il fegato dall' addome e resecato quasi per intero il lobo medio l' emorragia viene subito domata dal getto di vapore. Si nota come nei primi due secondi si sia già formata la vernice trasparente rossastra, sotto la quale si vede infiltrarsi il sangue arterioso proveniente dai vasi maggiori. Dopo 5 secondi cessa ogni filtrazione sanguigna, l' emostasi è completa e sicura. Il cane viene ucciso dopo due giorni. Nella cavità addominale non si riscontrano traccie di sangue. La ferita epatica è già in via di cicatrizzazione.

Esperienza III. — 16 Aprile 1899. Cane di grossa taglia; si procede come nella prima esperienza. Resecato col bisturi buona parte del lobo medio, il moncone sfugge dalle mani dell' assistente, l'emorragia è abbondantissima, si procede rapidamente ad afferrare il fegato e portato fuori dall' addome viene praticata l' emostasi col getto di vapore che si compie in 10 secondi. Il cane morì di peritonite settica 3 giorni dopo. Non si rinvenne traccia di emorragia tardiva. La peritonite viene attribuita ai maneggi praticati per l' incidente operatorio.

Esperienza IV. — 10 Maggio 99. Si procede come nelle altre esperienze. Il cane è di grossa taglia, ed è notevole il fatto che avendo esportata buona parte del lobo medio, mentre l' emorragia a nappo cessa dopo due secondi, e si forma una crosta su tutta la superficie resecata, quella a parabola domata momentaneamente scolla la superficie lucida che si era formata al di sopra e la si vede espandersi nettamente essendo il sangue rosso, rutilante, e poco dopo rompe la crosta stessa e ritorna l'emorragia. Si applica nuovamente il getto di vapore per dieci secondi circa e cessa definitivamente ogni emorragia. Guarigione rapida. Viene ucciso un mese dopo, e trovo la cicatrice epatica solo parzialmente adesa al ventricolo sottostante.

Esperienza V. — 10 Maggio 99. Piccolo volpino. Si procede come sopra, e si asportano i due lobi mediani. Il getto di vapore a sei cent. di distanza per sette secondi, produce un' emostasi perfetta, guarigione rapidissima. Non ho reperto necroscopico essendo il cane fuggito dalla clinica dopo qualche giorno.

Esperienza VI. — 11 Maggio 99. Prendo il cane che ha servito per la prima esperienza e che deve essere ucciso, lo metto sulla comune slitta operatoria e pratico l'anestesia coll'iniezione di dieci centgr. di morfina.

Appena il cane si presenta addormentato, applico alla radice dell'arto inferiore di sinistra il laccio di Grandesso Silvestri; quindi faccio un' incisione circolare nelle parti molli della coscia stessa al terzo superiore si da arrivare fino all'osso che viene reciso con una comune sega da amputazione.

Quindi allentato il laccio sottopongo il moncone all' azione del vapore a sette centm. di distanza, cessa ogni emorragia in pochi secondi, eccettuata quella della femorale, perchè avendo flesso la parte di coscia rimasta sull' addome la porzione che rimaneva di femore, viene a far sì che la boccuccia dell'arteria sia quasi nascosta e il vapore non vi arrivi direttamente. Abbasso l'arto il getto viene direttamente proiettato sul vaso e l' emorragia cessa tosto, formandosi un coagulo a forma di cono, che si vede pulsare caratteristicamente come avviene dei vasi quando si legano praticando le amputazioni col metodo solito. Lascio il cane per circa 20 minuti sulla slitta, il moncone non dà più una goccia di sangue, e l'arteria continua a pulsare. Per controllare la pressione vasale pratico rapidamente la resezione dell'altra coscia e trovo che la femorale dà ancora sangue a parabola. Il cane viene ucciso e l'arteria esportata. Riscontro in essa un coagulo che la occlude perfettamente.

Esperienza VII. — 15 Maggio 99. Piccolo cane, molto giovane. Previa anestesia coll' iniezione di 5 centg. di morfina, viene posto sulla slitta di vivisezione. Applico il laccio di Grandesse Silvestri, alla radice della coscia di destra e mediante taglio circolare viene amputato l'arto al suo terzo superiore. Ho la cautela di fissare l' arto in modo che non possa venir flesso sulla coscia, allento il laccio, l'emorragia che compare è imponente. Dirigo il getto di vapore a 6 centm. di distanza, cominciando naturalmente in corrispondenza dell' arteria femorale. Dopo 12 secondi l'emostasi era perfetta. Il sangue perduto, stante la rapidità con cui si eseguirono le varie modalità operative fu minima. Si vedeva l'arteria femorale nettamente pulsare sollevando il coagulo trasparente e lucido che la ricopriva. Lasciai il cane sulla slitta per due ore circa e non verificai alcuna traccia di emorragia secondaria. Fu ucciso con un colpo di bisturi al cuore. L'arteria era trombizzata, tutta la ferita coperta del solito coagulo.

Esperienza VIII. — 12 Giugno 99. Prendo il cane della quarta esperienza, gli rado i peli del collo, e pratico l'anestesia coll'iniezione di 12 centig. di morfina. Faccio una incisioue mediana lunga circa 10 centim. che viene ampiamente allargata, praticandone un' altra perpendicolare a questa, e che dalla sua metà si porta per 5 centim. verso la parte laterale destra. Metto allo scoperto la doccia carotidea per lungo tratto, e l'arteria è isolata dal fascio vascolo-nervoso per 5 buoni centimetri. Afferrata con una pinza emostatica nel suo estremo superiore faccio in modo che sporga bene al di fuori per un buon tratto, incisa, la sottopongo a un getto di vapore a 4 centimetri di distanza, l' arteria però non cessa di dare il suo getto a parabola, quantunque il vapore sia perfettamente indirizzato sulla ferita del vaso e tutto all'intorno si sia formato un grosso coagulo gelatinoso, rossastro. Dopo 15 secondi tralascio e il cane viene ucciso con un colpo di bisturi al cuore.

L'arteria si mostra ancora beante ma l'avventizia e la muscolare sono retratte per due millimetri circa, mentre fa sporgenza la mucosa che al suo estremo superiore tende ad accartocciarsi.

Ora facendo alcune considerazioni su queste esperienze, posso intanto affermare come questo metodo nella sua tecnica applicazione sia semplicissimo e non presenti serii inconvenienti.

Pericoli in realtà non ce ne sono, purchè si adoperi una piccola caldaia sul tipo di quella del Pincus, che presenti bastevole resistenza alla pressione richiesta.

In quanto poi alle due obiezioni che muove lo Schneider circa la difficoltà nel dirigere esattamente il getto sulla ferita, e l'offuscamento del campo operativo dalla nube del vapore che si addensa, per conto mio sono affatto insufficienti.

E difatti è cosa che si può eseguire con matematica precisione e l'indirizzare il getto di vapore, essendo il tubo di emissione mobile, e la distanza del punto su cui verrà proiettato a pochi centimetri: infatti nelle mie esperienze potei largamente constatarlo con ripetute prove; del resto tale sarebbe anche l'inconveniente del getto d'aria calda.

Nelle mie esperienze poi non ebbi mai minimamente ingombro il campo operatorio per la nube che si formerebbe secondo lo Schneider. Il vapore d'acqua che fuoriesce con veemenza dal tubo una volta arrivato sulla superficie di sezione è obbligato ad espandersi, e produce una corrente d'aria tale da allontanare ogni traccia di vapore appena che perduta per così dire la sua forza viva, tendesse ad arrestarsi attorno alla ferita stessa. In secondo luogo perchè il vapore si condensi dando luogo ad una nube, bisogna che venga in contatto con un ambiente o meglio con una superficie fredda, mentre nel nostro caso la superficie che incontra varia sempre fra i trentasette e trentotto gradi.

(*Continua*).

Istituto Chirurgico di Messina - Direttore prof. A. Salomoni

L'INTERVENTO CHIRURGICO
NELLE FRATTURE DEL RACHIDE E NEL MORBO DI POTT

PER IL

Dott. Paolo Lombardo Pellegrino

(Continuazione e fine. V. N. 1)

Pareva che nell'ultimo Congresso internazionale di Mosca dovesse avere la sua risoluzione uno dei problemi di terapia che più ha affaticate le menti dei chirurghi di ogni tempo e di ogni paese. — Ma il dibattito da quell'epoca ad oggi si è accentuato e mai argomento è stato, dirò con frase comune, di tanta attualità, quanto il *trattamento del male* di Pott. — E mentre in altro campo gli scienziati mirano a trovare la medèla che uccida il bacillo di Koch e neutralizzi le sue toxine, i chirurghi per il male di Pott non sono rimasti inoperosi e han cercato di combattere uno per uno i sintomi con la stessa eroica tenacia del guerriero, che contende passo a passo il terreno al nemico invincibile.

E il sintoma più saliente e che salta prima agli occhi è la gibbosità, cui si riferisce da molti anche la paraplegia pottica.

Contro la gibbosità perciò s'appuntarono tutte le armi, nella lieta speranza di raggiungere, oltre che l'effetto estetico, l'effetto curativo.

Non fa d'uopo che io dica che l'idea di raddrizzare le gobbe è antica quanto la medicina, chè anzi in Ippocrate si trova già una tecnica molto somigliante a quella, che Calot con altro prestigio ed altro indirizzo, ha rimesso in onore; — ma l'indole del mio lavoro non mi consente di fare disquisizioni storiche, dovendo io pigliar le mosse dal punto, dove altri ha lasciata la questione, limitandomi a compiere, spassionatamente e senza preconcetti, quello che Malherbe l'anno scorso invocava, cioè: *una inchiesta severa sui risultati dei vari metodi proposti per la cura del morbo di Pott.*

Vi sono due momenti nella terapia della gibbosità pottica, inspirantisi a due concetti di scuola: la laminectomia degl'inglesi, e le manovre di raddrizzamento dei francesi.

Ma la laminectomia, che noi con tanto entusiasmo accettammo

nel caso di fratture vertebrali; se qualche volta apporta miglioramento della paraplegia, accelera spesso la fine degli infermi come, qualunque altra operazione cruenta e traumatizzante; — e volendo essere meno severi, dobbiamo pensare che la resezione. degli archi, se non pericolosa, è certamente irrazionale, perchè toglie al rachide l'unico punto d'appoggio, che esso ha, quando i corpi sono dal processo tubercolare distrutti.

Il nostro compito peraltro è di fare un' inchiesta, quindi ci dispensiamo di fare altre dimostrazioni di fronte all' eloquente brutalità delle cifre.

Caso di	Phelps	Porrit - Normann	Shaw and Burth	Alexandroff	Binaud e Crozet	Idem.	Doyle	Israel	Lane	Mayo-Robson	Menard	Idem.	Idem.	Burci
Esito	Morte	Idem.	Leggero miglioramento	Miglioramento rapida ricad.	Morte	Miglioramento	Morte	Miglioramento	Morte	Leggero miglioramento	Morte	Idem.	Idem.	Miglioramento e morte

Dobbiamo in base a questi risultati bandire dunque dalla Chirurgia un' operazione che è pur tanto brillante?

Sarebbe pericoloso dare una risposta risolutiva perchè pur troppo, in molti casi di paraplegie pottiche resistenti anche al raddrizzamento forzato, la laminectomia s'impone, come intervento necessario. — Nè la fede nel successo deve mancare, perchè se non guarigioni, si registrano talora miglioramenti, che aprono l'animo alla speranza — e forse chi sa! Con i perfezionamenti della tecnica e con indicazioni meglio precisate, limitando gl'interventi alla paraplegia dovuta a compressione, non saranno improbabili guarigioni effettive.

Difficile è risolvere il problema delle indicazioni: — noi abbiamo visto in Clinica quattro ammalati di morbo di Pott — l'esame obiettivo troppo poco ci seppe illuminare per foggiare indicazioni precise — forse i raggi X che noi abbiamo tentato infruttuosamente per la deficienza dei gabinetti di fisica della nostra Messina, metteranno in un futuro prossimo il Chirurgo in condizioni semeiotiche migliori. — È confortante però pensare col Cappelli, che molte paralisi da spondilite possono scomparire con gli ordinari mezzi di cura ortopedica — per cui la prudenza e la riservatezza non saranno mai sufficienti.

Più complicata e intricata si mostra la quistione riguardo a la riduzione della gibbosità pottica; ed è del resto quella che attualmente più sollecita l'intelligente attività dei Chirurgi anche italiani.

Il primo quesito che si presenta alla nostra disanima è questo: la riduzione guarisce la paraplegia?

Calot su 8 paralizzati prima dell'operazione dice di aver ottenuto in tutti la scomparsa dei fenomeni nervosi. — Jones e Tubby si limitano a constatare in 5 interventi, 5 miglioramenti. — Miele di Gand in 5, 4 guarigioni complete.

Se accettiamo le idee di Charcot sui momenti causali della paraplegia dobbiamo senz'altro negar fede alle cifre riportate; perchè il raddrizzamento non li muta: — nè vale il dire che per i francesi la pachimeningite specifica si risolve in compressione meccanica del midollo, perchè quando la degenerazione secondaria dei cordoni si è stabilita, l'azione immediata del raddrizzamento non può portare su di essa alcuna influenza. — Se poi si pensa, come si è constatato talvolta, che i fenomeni paralitici possono essere dati o da fungosità prementi sulle radici nervose, o da ascessi prevertebrali comprimenti, il raddrizzamento rompendo questi, modificando la sede di quelle, può apportare un miglioramento reale.

La paraplegia dunque non sarebbe una controindicazione al raddrizzamento, ma il raddrizzamento non è una cura della paraplegia. — In questo modo si mostra al vero il valore della riduzione delle gibbosità, la cui finalità ultima è niente più che il *risultato estetico* dovendosi d'altro canto assolutamente escludere ogni effetto utile sull'andamento del ribelle processo morboso.

Restringendo così gli obiettivi della riduzione si fa un gran passo verso la soluzione del problema della terapia della spondilite tubercolare.

Sino dal 1895 il corsetto alla Sayre era l'unica cura delle gibbosità pottiche; terapia blanda, lenta, molte volte efficace.

Non parliamo di proposito degli altri mezzi ortopedici informati tutti allo stesso principio.

Quando nell'ottobre del 1895 Chipault comunicò al Congresso di Chirurgia a Parigi il suo metodo di riduzione delle cifosi pottiche durante la cloronarcosi, seguito dalla fissazione in buona posizione, della vertebra corrispondente con l'allacciamento al filo di argento delle apofisi spinose. — Ma il coscienzioso chirurgo limitò subito i suoi interventi a quei casi che una scelta severa e scientifica gl'indicava come più favorevoli. — E queste condizioni le riconosceva nelle gibbosità non anchilosate, angolari piccole e medie, o a grande convessità dovuta sopratutto alla contrattura muscolare senza complicazioni radiculo-midollari e senza ascessi, in infanti. — Negli adulti non consigliava di agire e nemmeno in gibbosità anchilosate.

Il metodo Chipault merita di essere preso in maggiore considerazione di quello che non si sia fatto, perchè, opportunamente modificato, può portare reali servigi — giacchè come osservarono Regnault e Gayet è razionale; — poi, per la limitazione degl'interventi che l'A. stesso fa, assicura il successo. — E Delcroix infatti non è guari chiamò la tecnica di Chipault « rationelle et légitime: il est logique d'activer l'ankylose des apophyses entre elles, puisque cette an-

kylose est le mode de guérison naturelle des tubercoloses vertebrales ». — Quello adunque che di buono c'è nella tecnica di Chipault non è la riduzione brusca, che peraltro limitata ai casi che egli stesso indica non è esiziale, ma il concetto informativo del metodo: l'anchilosi degli archi posteriori. E se il concetto risponde alle vedute nostre sul modo di guarigione naturale del morbo di Pott, si potrà discutere sulle modalità di attuazione, ma non si dovrà scartarlo senza discussione, come ha fatto Redard, o peggio ancora dimenticarlo. — Anche perchè la casistica è molto fausta: in 7 interventi di Chipault 7 successi terapeutici: in 1 di Delcroix, con la variante di sostituire alla legatura apofisaria al filo di argento, la sutura del periostio precedentemente scollato, il brillante e durevole successo fu constatato anche un anno dopo l'intervento. — E un altro successo riferisce Guelliot, sei mesi dopo l'intervento.

Calot invece, inspirandosi al concetto di avere ogni effetto terapeutico dal solo raddrizzamento forzato, annunziò clamorosamente al mondo il suo metodo, che suscitò un'onda d'entusiasmo e d'ammirazione per l'inventore.

Il procedimento che Calot stesso comunicò all'Accademia di Medicina di Parigi il 22 dicembre 1896 consta di tre tempi: 1.° Riduzione brusca del gibbo durante la cloronarcosi. 2.° Resezione delle apofisi spinose. 3.° Immobilizzazione dell'infermo in un apparecchio ingessato.

Per adempire al compito nostro dovremmo senz'altro presentare dei dati statistici per valutare l'efficacia del metodo — senonchè, mai meglio che in questo caso, la statistica sarebbe la menzogna in cifra. — Basti constatare che nel mentre Calot lamenta un solo morto su 300 operati, non vantando che successi, egli stesso sente poi la necessità di modificare il suo metodo nel senso che la ragione consiglia — sostituendo cioè manovre di riduzione meno brutali e abolendo il 2.° tempo l'apofisectomia, che a torto faceva dare al metodo l'appellativo d'incruento.

Nemmeno è facile vagliare in giusta misura le opinioni tanto dei sostenitori come degli avversari — giacchè i francesi, anche per una specie di *chauvenisme,* sono ardenti fautori del nuovo metodo, mentre i tedeschi sono recisamente contrari, e quel che più importa basano le loro opinioni su dati anatomo-patologici e su risultati clinici di grande rilievo.

Le critiche che si muovono al metodo Calot sono molto gravi e tali da mettere lo scoraggiamento nell'animo d'ogni chirurgo — e, come già avvertimmo, il dibattito si è acuito quando Calot stesso nel Congresso internazionale di Mosca mostrò di comprendere il lato vulnerabile del suo metodo. — Perchè già il Monod aveva avvertito che il raddrizzamento produce allontanamento più o meno grande dei due segmenti della colonna vertebrale e quindi una caverna che non potrà

essere riempita da callo osseo; — donde la possibilità di recidive che la clinica ha di fatto registrate e che permisero al Vincent di chiamare il metodo illusorio.

Nè vale dire con Calot che la recidiva è un fatto ordinario nelle osteoartriti tubercolari, che del resto con i raggi Röntgen egli ha potuto constatare una sufficiente riparazione ossea. — Perchè pur non mettendo in dubbio quest'affermazione, notiamo che per la colonna vertebrale i raggi X spesso si mostrano ingannevoli; — e noi ci siamo convinti in seguito a prove personali e ad un esame attento delle radiografie vertebrali pubblicate. — Certo è peraltro che il Lorenz ha riferito un caso di recidiva malgrado il busto protettivo, e infine è certissimo che nella tubercolosi ossea le superfici ossee di una soluzione di continuità, come quella che si stabiliva pel raddrizzamento, han perduto il potere di rigenerazione.

Menard oltre che la problematica riparazione ossea mise in guardia sui pericoli che le modificazioni indotte nel focolaio morboso dal raddrizzamento, possono determinare, e infatti constatò all'esame anatomico di raddrizzati, lacerazioni di meningi aderenti, emorragie intramidollari, lacerazioni di ascessi prevertebrali, che, il Nocard dice, hanno per conseguenza fatale di mettere il focolaio tubercolare in contatto diretto con gli spazi cellulari del mediastino e delle pleure. — E quale disastroso accidente sia questo, per la vita dell'infermo, non è chi nol veda.

Wulstein ha confermato le osservazioni di Menard con esperimenti su cadaveri di cifotici. — E risultati conformi ebbero le esperienze di Gayet allievo del Prof. Vincent, che le riferisce. — Se adunque i raggi X parteggiano per l'operazione di Calot, le constatazioni anatomo-patologiche e sperimentali non sono molto favorevoli.

E infatti mentre Vincent crede che: « M. Calot n'ait jamais jeté un coup d'oeil sur des pièces telles que celles que nous impruntons au Laboratoire d'anathomie patologique de la Faculté de Lyon »; — König nel 27.° congresso dei chirurghi tedeschi (aprile 1898) afferma recisamente che il metodo Calot è fondato sulla inesatta conoscenza della anatomia patologica, giacchè è chiaro, egli dice, che infrangendo una vertebra tubercolare, nella cavità non si può certamente formare tessuto osseo sano quando il periostio è distrutto, e l'osso delle parti vicine spesso malato.

Ma quel che peraltro più importa, gli è che neanche la clinica assiste il metodo, quando l'osservatore non abbia agli occhi la rosea benda dell'entusiasmo, ma sia assolutamente obiettivo.

I casi di Malherbe e Vincent, riferiti onestamente, informino — e monito severo è il desiderio del Wolff di vedere bandita dalla pratica chirurgica l'operazione di Calot, che ha fatto tante vittime.

Queste conclusioni pessimiste, a nostro avviso, sono soltanto in parte giustificate — perchè nel metodo Calot ci sono elementi van-

taggiosi, che non bisogna trascurare nella cura del morbo di Pott. — La quale si deve inspirare a due ordini d'idee, come dice lo stesso Calot: 1.° immobilizzazione assoluta della colonna vertebrale; 2.° correzione della deformità mercè il raddrizzamento. — Sulla prima indicazione terapeutica l'accordo è generale — non così per la correzione della deformità, mercè il raddrizzamento, sulle modalità del quale e sulle indicazioni e controindicazioni, il disaccordo è massimo anche fra i partigiani del metodo.

Redard, crede di risolvere la questione delle indicazioni per il raddrizzamento dividendo le gibbosità in: 1.° facilmente riducibili; 2.° abbastanza facilmente riducibili; 3.° irriducibili affatto — e queste variazioni di grado le stabilisce a seconda la forza che impiega a vincere la gibbosità. La riduzione in una sola seduta la trova indicata nelle gibbosità facilmente riducibili, recenti, angolari, a corto raggio, a inizio brusco, a sviluppo rapido — e altresì alle manovre cieche e brutali di Calot cerca sostituire manovre più lente e blande e meglio regolate, immaginando un suo letto, che permette un'estensione e controestensione fatta con viti, spieganti una forza graduale continua e prestabilita non superiore ai 50-70 K. La statistica che presenta è però incerta giacchè di 32 casi operati, in 12 con cifosi voluminose e d'antica data ebbe insuccessi, degli altri casi è *dispiacente di non poter dare i dettagli.*

Jonnesco modifica anche egli il metodo di Calot sostituendo alla trazione manuale le bende al capo e al bacino tirate gradatamente e con dinamometri misuranti la forza impiegata che in ogni caso non deve essere, secondo lui, maggiore di 40-50 K., quando Calot ne impiegava 120-180 K. — Non cerca di dare indicazioni, ritiene soltanto una sola controindicazione data dall'anchilosi. — Non ci dice i suoi successi; ci dice soltanto che ha avuto 1 morto per cloroformio, 1 dopo 48 ore senza poter spiegare la causa mortis (l'autopsia non è stata fatta) 1 morto dopo 8 giorni per bronco-pneumonite, 1 paraplegia post-operatoria.

Il Phocas sostiene che il metodo è eccellente ma non adattabile a tutti i casi e cerca introdurre la sede della lesione come elemento d'indicazione.

Il Wilems ripudia la violenza e in 28 raddrizzamenti registra 3 morti non imputabili all'operazione.

Il Miele in 31 casi non ha alcun decesso e pratica la resezione delle apofisi spinose per evitare le escare.

Il Gillet limita il suo intervento alle gibbosità flessibili.

Il Delacroix pratica il raddrizzamento nella posizione di Levassort (tête en bas).

Gl'italiani per quel buon senso che li distingue non si sono appassionati alla novità: — nel XIII Congresso della Società italiana di Chirurgia il Ghillini riferì di avere applicato il metodo Calot in 10 casi

di cui 9 per morbo di Pott, 1 per rachitismo. Ottenne buon risultato datante da 6 mesi in tre ammalati, registra 1 morto per diffusione del male, degli altri dichiara prematuro ogni giudizio.

Il Tricomi in 2 interventi alla Calot ha un insuccesso e un miglioramento. Il Burci due miglioramenti di cui uno notevole. — Ma tutti questi successi hanno in comune di tangibile, che sono stati riferiti troppo presto — e infatti nell'Accademia di Medicina di Bologna, anno corrente, si constatò non permanente il successo nei casi presentati precedentemente come migliorati dal Ghillini.

Noi nell'esame dei nostri malati abbiamo presi come guida i seguenti precetti: 1.° Se la gibbosità è accompagnata a paraplegia (elemento che non consente l'inazione). 2.° Se è anchilosata e da quanto dura (controindicazione assoluta). 3.° Se a corto o a lungo raggio (per calcolare l'estensione della lesione, essendo facile le recidive se più corpi vertebrali sono distrutti). 4.° Se si accompagna ad ascessi (controidicazione assoluta). 5.° Se si riduce con la semplice estensione e con lieve sforzo (condizione favorevole, in cui è preferibile la posizione a capo pendente). 6.° Se vi sono altri focolai tubercolari. 7.° Se lo stato dell'infermo è soddisfacente. 8.° Se è adulto o bambino.

Nei tre casi avuti in clinica al lume di questi criteri, rifiutammo la cura perchè in nessuno trovammo le condizioni per fare il raddrizzamento, che comunque avremmo praticato nel modo più blando che avremmo potuto.

Nel caso di Javota Salvatore (gibbo costituito dalla 10, 11, 12 dorsale 1.ª e 2.ª lombare) che si mostrava nelle migliori condizioni, dopo 20 giorni d'esitazione ci siam decisi a rimandarlo, dopo di averlo assoggettato due volte alle manovre di estensione e controestensione senza cloroformio. Il gibbo spariva con una discreta pressione cessata la quale ricompariva. La forza impiegata era relativamente minima quindi col criterio di Redard sarebbe stato un buon caso da ridurre, ma gibbosità di troppo facile riduzione spesso si accompagnano a grandi guasti indotti dal processo morboso, e il caso in esame, in cui il gibbo ricompariva con la stessa facilità con cui scompariva, ci ha fatto pensare a questa possibilità. — I raggi Röntgen ci diedero risultati negativi. — Nè dimenticammo quanto Chipault fa osservare, che cioè si trattava di un adulto in cui il male datava da oltre un anno, con complicazioni spinali.

Nel Micali Giuseppe (gibbo 1-2 lomb. anchilosato) il rapido comparire del gibbo, la piccolezza di esso, le condizioni relativamente floride dell'ammalato ci han fatto stare parecchio in forse — ma l'anchilosi, l'età adulta, la mancanza di disturbi funzionali determinanti urgenza: ci hanno sconsigliati d'intervenire.

Nel bambino Cicirello Calogero (gibbo 8, 9, 10, 11.ª dorsale) lo stato dei polmoni era la più importante controindicazione.

Ma dunque dobbiamo, facendo un passo indietro di parecchi anni, tornare al corsetto di Sayre?

Diciamo subito che il corsetto di Sayre ha pure i suoi inconvenienti: molte volte non è sopportato dai pazienti, produce escare della pelle che ricopre la gibbosità e spesso non riesce nemmeno allo scopo. Anzi diciamo di più, che la sospensione per la testa e le ascelle espone il paziente a pericoli, senza peraltro, nelle cifosi di una certa entità, riuscire ad appianarle. — Ma il carattere di blandizie, che contrassegna il metodo, lo raccomanda ai chirurghi; e nelle forme di cifosi piccole, a rapido sviluppo, a corto raggio, non anchilosate, in cui gli appassionati della riduzione brusca riconoscono le condizioni più favorevoli al loro metodo, riesce addirittura utilissimo e certamente preferibile.

Volendo ora contrapporre i due metodi nei loro inconvenienti, ecco a quali conclusioni si dovrebbe giungere.

Stanno a carico del raddrizzamento forzato: morti sotto il cloroformio (Brun, Jonnesco) ematemesi durante la narcosi (Calot) rottura di ascessi nella pleura e morte (Malherbe) paraplegia post-operatoria (Jonnesco) paralisi consuntiva degli arti inferiori e della vescica (Lorenz) generalizzazione rapida della tubercolosi (Calot, Billaut, Phocas, Gevaert) recidive (Vincent).

A carico del corsetto alla Sayre; sincopi mortali per la sospensione, la nessuna efficacia nelle gibbosità di certo grado, immobilizzazione imperfetta del rachide, in modo che molti autori preferiscono il grande apparecchio toraco-lombo-cervicale, escare della pelle.

Ma per una specie di selezione critica i due metodi per lente e graduali modificazioni tendono ad incontrarsi in un terreno comune.

Da un lato alla forza brutale, cieca, inconsulta si tende a sostituire l'estensione blanda misurata graduale *magari in diverse sedute* (Redard); da l'altro alla sospensione per le ascelle, si è sostituita e pare con successo (Levassort, Delacroix), la posizione a capo pendente; in ogni caso accoppiando una leggiera controestensione esercitata sul bacino, o, nella posizione di Levassort, sul capo: — condannata inoltre dalla maggioranza degli autori, ogni manovra cruenta, i due metodi s'incontrano altresì nell'applicazione di apparecchi ortopedici immobilizzanti (apparecchio toraco-lombo-cervicale).

Nel terreno dunque della blandizie per il trattamento del morbo di Pott, l'accordo fra i chirurghi si può trovare e si trova di fatto: — il *noli me tangere*, che significava astensione d'intervento, deve assumere ai lumi della critica, un significato più scientifico ed efficace nella pratica; *non mi maltrattare.*

Perchè poi non sappiamo comprendere perchè mai le norme che servono bene nella tubercolosi ossea ed articolare e che sono oramai di dominio indiscusso della chirurgia, non debbano guidare la terapia del male di Pott, che se in qualche caso differisce dalla tubercolosi

delle ossa lunghe è precisamente nella maggiore malignità del processo, dovuto alle condizioni anatomiche e meccaniche del rachide, per cui il piano terapeutico, deve essere ancora più rigorosamente blando e restrittivo, di quello delle artriti tubercolari. — La blandizia che come concetto informativo regola la condotta dei chirurghi nella tubercolosi chirurgica, deve avere la sua applicazione più rigorosa nel morbo di Pott. Giacchè almeno nella tubercolosi articolare con le resezioni tipiche si poteva avere l'illusione di guarire il male e molte volte si guariva infatti — era almeno una cura *causale* e percio stesso giustificabile — cura che del resto tuttavia s'impiega in casi particolari e con profitto, essendo stata per opera del Marsch sopratutto, condannata l'esagerazione, anzi meglio la mania di fare sempre e dovunque resezioni tipiche. — Ma queste illusioni giustificative, francamente non si possono invocare nella tubercolosi del rachide. È perciò che la riduzione fatta in modo non brutale e anche in parecchie sedute, resta la sola cura per correggere le deformità, cura sintomatica anzi meglio estetica, cura che sino a un certo punto ostacola la sapiente natura nei suoi processi, essendo l'anchilosi dei corpi e quindi il gibbo, l'unico modo di guarigione del morbo di Pott — ma pure sempre il solo mezzo, che, impiegato da mani sapienti, rende reali servigi.

Giacchè gli altri mezzi cruenti sono ripudiati dalla maggioranza dei chirurghi, sebbene ad essi si deva ricorrere in casi particolari come quello che appartiene al prof. A. Salomoni e che presentiamo per esteso avendolo attentamente seguito. Sono operazioni assai ardimentose fatte per raggiungere nelle vertebre e svuotare il focolaio tubercolare con la tecnica di Chipault per la porzione cervicale, di Schaeffer, Vincent, Menard per la porzione dorsale, di Treves per la lombare. Non intendiamo intrattenerci dei pregi tecnici di ciascuna operazione, ricordiamo un successo di Torretta di Trapani su tre operati alla Vincent, e riferiamo senz'altro il caso, potendosi trarre da esso elementi, per stabilire le indicazioni dell'operazione di Treves, la quale, perchè meno traumatizzante, è quella che è stata fatta un maggior numero di volte.

S. Giovanni di anni 17 da Messina. — Nel gentilizio una zia paterna soffrì di linfadenite cervicale tubercolare. — Infanzia florida.

Nel febbraio 1898 dopo un vago malessere e senso di dolore sordo ai lombi, gli comparve un piccolo tumoretto nella regione lombare di destra, grande quanto una nocciuola che andava sempre crescendo, indolente, ricoperto di cute normale, fluttuante. — Chiamato un medico il 26 marzo 1898 praticò un'incisione nell'asse maggiore del tumore — ne venne fuori una discreta quantità di marcia — dopo di che suturò la ferita operativa; senonchè dopo un paio di giorni questa si riaprì e si formò una fistola con scarso pus. Si praticarono senza risultato le iniezioni di glicerina e jodoformio per 7 mesi, durante i quali le

condizioni generali dell'infermo si aggravarono sempre più, finchè sopravvennero fenomeni imponenti di sepsi, e divennero intollerabili i dolori alla colonna lombare. Stando così le cose il prof. Salomoni chiamato credette d'intervenire per dare non foss'altro un indirizzo razionale al piano terapeutico nella cura di un malato con febbre settica a 40'. — Le forze dell'infermo erano ancora sostenute, l'esame degli sputi negativo. — Il 15 novembre '98 si accinse a fare l'operazione di Treves. — Spaccò largamente con incisione a lembo la cavità ascessuale e con metodo eseguì i singoli tempi dell'operazione di Treves: ricercò col dito le apofisi trasverse, divise dalla loro sommità l'aponevrosi e le lacinie muscolari che vi s'inseriscono e fattosi prudentemente, per non aprire il peritoneo, un po' di spazio, penetrò col dito nella faccia anteriore dei corpi vertebrali e con un cucchiaio distrusse l'unico corpo vertebrale malato, quindi drenò con garza. — L'operazione procedette brillantemente senza incidenti nè durante nè dopo; ma il decorso ulteriore fu molto accidentale. In principio burrascoso, i fenomeni di sepsis continuarono — poi l'infermo ebbe un attacco di meningite spinale — poi inizio di ascesso congestizio nello psoas di destra e poi in quello di sinistra — ebbe anche una raccolta nella parte sinistra del mediastino posteriore in segno della diffusione che andava a prendere il male nei corpi vertebrali superiori — poi un periodo buono che illudeva la famiglia, tanto più che in seguito ad una eresipela, anche la marcia s'era ridotta a colare in minima quantità da uno stretto pertugio fistoloso. — Ma poco dopo venne la tosse e prima che dai fenomeni semeiotici si era giudicato dall'esame dello sputo il trapianto nei polmoni. — Infatti l'apice destro e poi il sinistro mostrarono prima infiltrazione e poi escavazione. — Alla metà di maggio '90 cominciò una ribelle diarrea — in giugno il paziente morì.

L'operazione certamente nel caso in esame era indicata perchè la fistola lasciata dall'opera imprevidente d'un chirurgo e la sepsis consecutiva l'imponevano. Comunque, se non si è ridonata all'infermo la salute, certamente non si è affrettata d'un giorno la marcia continua, pertinace, fatale della tubercolosi.

Se il morbo di Pott è chiuso, dice Calot, vi sono 90 probabilità su 100 di terminare con la guarigione, anche se è accompagnata da paralisi — il mal di Pott aperto ha al contrario 90 probabilità su 100 di finire con la morte.

In conclusione: accettando come criterì informativi per la correzione delle cifosi la blandizia, pigliando il buono che in ciascun metodo c'è, noi crediamo che grandi benefici risentirà questa classe numerosa di sofferenti, ma la luce verrà se l'attività dei chirurghi, rivolgendosi alla causa del male, si volgerà a curare in tempo il morbo di Pott in modo da evitare le cifosi che più che sintomo, sono una conseguenza del male stesso.

Il Prof. Salomoni, oltre i casi di Camerino illustrati dal dott. Gia-

cinti, — ebbe la cortesia d'indicarmi due signore da lui guarite da morbo di Pott qui in Messina, con la immobilità assoluta, abbondante e igienica dietetica, ambienti bene soleggiati ed areati. — Il difficile sta nel diagnosticare in tempo il male, giacchè quando in tutti i medici si generalizzeranno i criterî di conoscenza perfetta di esso, saranno possibili misure preventive efficaci in modo da rendere oziosa financo la discussione sui metodi di raddrizzamento, del quale è sperabile non ci sarà più il bisogno.

Per riconoscere un male di Pott precocemente, quando cioè è ancora possibile curarlo, occorre por mente, secondo Delbet, a due ordini di sintomi: 1.° Accidenti paralitici dovuti quasi sempre a lesioni midollari. La predominanza dei fenomeni paralitici sugli atrofici differenzia questa lesione midollare dell'atrofia muscolare progressiva. 2.° Fenomeni dolorosi che tengono a lesioni delle radici midollari (pseudo-nevralgie nevralgie radicolari) *a*) dolori locali, elemento importante; *b*) dolori irradiati a distanza in cui la sede dei dolori non concorda con la distribuzione topografica dei nervi periferici, come nella sciatica; e non si riscontrano sul tragitto dei nervi i punti dolorosi caratteristici delle nevriti.

Vi ha poi un altro elemento di diagnosi, importante: l'esagerazione dei riflessi, che nel male di Pott appare molto presto giacchè i primi disturbi vascolari determinati dalla pachimeningite tubercolare bastano a produrre una ipereccitabilità dei centri midollari che si manifesta con l'esagerazione dei riflessi la quale precede la paralisi.

Ma questi stessi sintomi possono essere dati dai tumori del midollo e delle meningi, e dalle mieliti. — Però in queste l'acutezza del decorso, la paraplegia precoce con abolizione dei riflessi e della contrattilità elettrica, seguita da rapida atrofia muscolare; i dolori rachidei più vivi, specie se vi è nel contempo meningite spinale; l'immobilità di tutto il tronco, la febbre, che nella carie vertebrale solo nella generalizzazione della tubercolosi ai visceri si riscontra; — tutto insieme questo quadro sintomatico con altri fatti che un esame più minuzioso può rilevare, le differenzia molto bene dal morbo di Pott. I tumori intrarachidei sono abbastanza rari e la loro poca frequenza li fa escludere il più delle volte.

L'unico errore frequente consiste nel prendere un male di Pott all'inizio per dolore reumatico o per sifilide, nei quali casi l'esperimento terapeutico può trarre il medico d'imbarazzo.

Or noi riteniamo che i chirurghi farebbero opera assai utile se generalizzassero questi principî, giacchè, diagnosticata in tempo, la spondilite tubercolare con una opportuna e razionale condotta si riesce a curarla, senza lasciare deformità che offendano l'estetica e la meccanica dell'organismo.

Per il morbo di Pott, finchè la medela rigeneratrice non redima l'umanità, noi non intendiamo altra terapia che la profilassi e l'igiene.

BIBLIOGRAFIA.

Kirmisson. Malattie della colonna vertebrale nel trattato di Chirurgia di Duplay e Reclus. — *Sonnenburg*. Beiträge zur Kentniss der Halswirbelbrüche (Contribution à l'étude des fractures de la colonne vertebrale dans la region du cou). Deut. Zeitschr. f. Chir. XXXIV, pag. 395. — *Goldscheider*. Chirurgie der Rückenmarkskrankheiten Berlin klin. Wolch. n. 51, pag. 1168. — *Chipault*. Etudes de chirurgie médullaire, chirurgie opératoire, traitement, Paris 1894. — *König*. Trattato di Chirurgia. — *Chipault*, La therapeutique des gibbosites Travaux de Neurologie Chirurgical, 1897. — *Id*. L'osteoplastie rachidienne. Travaux, ecc., 1896. — *Regnault*. De l'ankylose spontanée des apophyses et des lames dans les deviations vertebrales de diverses origines. Travaux, ecc., 1897. — *Chipault*. L'apophisalgie pottique. Travaux, ecc., 1898. — *Regnault* Des variations morphologiques des apophyses transverses et epineuses dans les déviations rachidiennes. Travaux, ecc. 1898. — *Levassort*. La position « tete en bas », ecc Travaux, ecc., 1898. — *Jonnesco*. La riduction en un temps des gibbosités pottiques. Travaux, ecc., 1898. — *Redard* Traitement des déviations de la colonne vertébrale et principalement des gibbosités pottiques. Travaux, ecc., 1898. — *Malherbe*. Remarques sur quelques cas de gibbosités pottiques traités per la réduction. Travaux, ecc , 1898. — *Vincent*. Remarques sur quelques cas d'emploi de la force pour la réduction brusques des gibbosités pottiques Travaux, ecc., 1898. — *Guelliot*. Note sur un cas de gibbosité pottique traité per réduction e ligatures apophysaires. Travaux, ecc., 1898. — *Delcroix*. Du maintien de la réduction des gibbosités pottiques par les sutures périostés. Travaux, ecc.. 1898. — *Ligorio*. Sulla cura della gibbosità pottica Riv. di chir febbraio. 1899. — *Cappelli*. Sul raddrizzamento forzato della cifosi da spondilite tubercolare (Arch. di Ortopedia, fasc. III, 1898) — *Burci*. Contributo ai moderni metodi di cura del male di Pott, Firenze, 1899, — *Salomoni*. Sulla tubercolosi chir Riforma med. 1892. — *Gevaert*. Cura del male di Pott. La Clinique, 1898 — *Phocas*. Cura del male di Pott. Arch. provinciales de Chir. 1898. — *Bilhaut*. Mal di Pott. Annales di chir. e d'Orth., 1898.

GOZZO ESOFTALMICO
curato
colla bilaterale resezione del simpatico cervicale.

Un cenno preventivo

SU 8 CASI DI EPILESSIA VOLGARE CURATI COLLO STESSO ATTO OPERATIVO

DAL

Dott. CARLO MARIANI

Chirurgo primario dell'Ospedale di S. Andrea in Massa Marittima.

(Comunicazione riassunta alla Società Italiana di Chirurgia nell'Ottobre 1899)

(Continuazione e fine. V. N.° 1)

Caso 7.°. — Giulio Contrest di anni 22. Còrso. Benestante.
Epilessia genuina.
Simpaticoectomia bilaterale cervicale.
Guarigione chirurgica.

Anamnesi. — All'età di 13 anni ebbe il primo accesso che egli attribuì ad una indigestione. Dal 1.° al 2.° accesso intercorsero quasi cinque mesi dopo; si resero sempre più vicini finchè in questi ultimi anni essi si ripeterono ad ogni 8-10 giorni. L'accesso epilettico in questo giovane è tipico e forte, e preceduto da un'aura psichica. Alle volte esso ha equivalenti epilettici costituiti da discorsi improntati quando a tristezza, quando a brutalità, naturalmente incoscienti. Non ha cattive abitudini all'infuori di quella di essere un forte mangiatore, e gli sembra che le indigestioni che spesso lo colgono, favoriscano l'accesso epilettico.

Qualche volta dopo l'accesso vomita. Padre e madre sani e viventi, differenza di 6 anni in più pel padre. Ha 4 fratelli sani.

Esame obbiettivo. — Nulla di particolare. Giovane robusto. Visceri sani.

Operazione il 17 agosto 1899. Cloroformizza il Dott. Fontana. Assiste direttamente Luigi Catani.

Eseguo la bilaterale resezione delle porzioni cervicali del simpatico, poi sutura sottodermica. Nessun drenaggio.

A sinistra si trova il simpatico più esile che a destra. Molti gangli linfatici attorniano le regioni dei fasci vascolo-nervosi ed i muscoli sterno-cleido-mastoidei e rendono piuttosto laboriosa l'operazione. Guarigione di 1.ª.

Dopo lo strappo dei simpatici appare manifestamente un certo grado di miosi.

Diaria. — Poche ore dopo l'operazione il malato ha viso pallido, è tranquillo. Nulla accade di anormale, il malato mangia presto e si alza presto. Il 24 agosto ha all'Ospedale un violento accesso epilettico tipico.

Da notizie recenti, il malato non avrebbe avuto più accessi a casa sua, solo il curante Dott. Marsili mi riferisce aver egli avuto per un paio di volte la sensazione prodromica dell'accesso, senza però perdita di coscienza.

Anche in questo caso occorre attendere ancora prima di fare un giudizio, ma l'accesso epilettico avuto all'Ospedale rende molto dubbia una guarigione.

Caso 8.° — Giovannino Neri, di anni 5, di Scarlino.

Epilessia volgare.

Simpaticoectomia bilaterale cervicale.

Guarigione chirurgica.

Anamnesi. — Narra la madre che la malattia data da 3 anni.

Il bimbo una sera si addormentava, quando fece ad un tratto un urlo poi alcune contorsioni col viso, stralunò gli occhi e così ebbe inizio la malattia. Dopo d'allora le convulsioni si fecero sempre più frequenti, ed ora ne ha parecchie ad ogni giorno. Le convulsioni sono brevi con completa perdita dì coscienza e si ripetono per 7-8 volte al giorno. Il bimbo non ebbe mai malattia, nè gli occorse mai alcun trauma, il suo carattere è normale, le funzioni del suo corpo e del suo ventricolo sono sempre state regolari.

Padre e madre discretamente sani, differenza di 2 anni in più pel marito.

Uno zio materno cominciò a 40 anni ad essere epilettico e lo è tutt'ora sempre più e con convulsioni molto forti. Una zia materna morì tubercolosa. Null'altro di interessante.

Esame obbiettivo. — Bimbo regolarmente sviluppato e di buonissimo aspetto. Cranio dolicocefalo senza nulla di particolare. I visceri sono tutti sani.

Operazione il 21 ottobre 1899. Cloroformizza il Dott. Petrocchi. Assiste il Dott. Fontana. Presenzia il Dott. Emanuele Malfatti medico in Pistoia.

Eseguo la bilaterale resezione del simpatico cervicale, che riesce senza inconvenienti. Suture profonde e sottodermiche con fine catgut.

Guarigione di 1.ª intenzione.

Al momento dello strappo dei gangli superiori si vide nettamente la pupilla dilatarsi nell'atto in cui la pinza Kocher stringeva il ganglio, e restringersi appena compiuto lo strappo del ganglio dai suoi attacchi superiori.

Diario. — Nulla di speciale, decorso post'operatorio dei più semplici, il fanciullo non presenta nulla di notevole, è perfettamente indifferente.

Nei primi giorni il bimbo ha scosse rapide per tutto il corpo senza perdita di coscienza, ma passati i primi giorni gli si riprendono le convulsioni identiche a quelle di prima.

In questo caso adunque tutto farebbe credere ora ad un esito nullo.

Osservazioni.

L'interesse vivissimo che i nuovi interventi sul simpatico cervicale avevano destato, l'aver essi aperto un nuovo orizzonte nella cura di certe gravi affezioni, la discordia che sulle applicazioni e sui risultati delle resezioni del simpatico cervicale era fra i più sommi

Chirurghi, mi spinsero ad esperimentare nell' Ospedale di S. Andrea questo nuovo metodo operativo.

Le simpaticoectomie che ho presentato sono in tutto 18, eseguite su 9 malati e nei mesi fra l'Aprile e l'Ottobre 1899. Dei 9 malati, 1 era affetto da morbo di Flaiani-Basedow ed 8 da epilessia genuina o volgare.

Il mio caso di gozzo esoftalmico curato colla bilaterale simpaticoectomia cervicale è il primo così operato in Italia.

L'intervento chirurgico negli epilettici, nello stesso atto operativo, prima dei miei casi, in Italia non era stato tentato che dal Postempscki di Roma nel decorso anno.

Le altre simpaticoectomie cervicali fatte in Italia furono eseguite nell'anno in corso, dal Ruggi ripetutamente, poi dal Tricomi e dal Poggi una volta, per glaucoma.

All'estero invece l'intervento chirurgico sul simpatico cervicale cominciò nell'Alexander (1883) che eseguì bilateralmente la resezione dei gangli superiori del simpatico in un epilettico; seguirono poi il Kümmel, il Boydonick e l'Jacksch che operarono variamente resecando il simpatico cervicale stesso.

L'Ionnesco di Bucarest nel 1896 per primo eseguì la completa esportazione della catena del simpatico d'ambo i lati del collo in epilettici.

Lo Jaboulay di Lione nello stesso anno eseguì per il primo la stessa operazione per il gozzo esoftalmico.

Dopo di questi vennero altri chirurghi, specialmente Francesi: Il Gerard-Marchant, il Reclus, l'Abadie, il Faure, il Temoin, lo Chipault, il Quenu, il Soulié, il Delagenier ed altri i quali operarono sia per epilessia sia per gozzo esoftalmico sia per glaucoma (1).

Farò ora alcune considerazioni cliniche sui casi che ho qui presentati:

1.° sulla tecnica operatoria della cervico-simpaticoectomia;

2.° sugli effetti immediati e tardivi della resezione stessa;

3.° sull'applicazione di essa nell'epilessia volgare e nel morbo di Flaiani-Basedow.

1.° Anzitutto dirò che nella quasi totalità dei miei casi l'atto operativo fu condotto a termine con un solo assistente, oltre il cloroformizzatore, ed in 4 casi ebbi per assistente diretto un giovane impiegato dell'Ospedale, del quale mi servo spesso, anche in operazioni di qualche momento, come unico assistente.

---

(1) Monografie Italiane da consultarsi sono: quella di Postempscki e Sciamanna nel volume per il Giubileo del Prof. Durante: quella del Ruggi sulla simpatectomia al collo ed all'addome nel Policlinico Sez. Chir. Maggio 1899 e Libreria Zanichelli Bologna 1899 e quella del Dott. Mario Varanini nella Clinica Chirurgica dell'Ottobre 1899, ricca di notizie bibliografiche.

La tecnica operativa che ho tenuto in queste operazioni è quella che ho visto eseguire dal mio Maestro, il Ruggi, in un caso di glaucoma nella clinica oculistica della R. Università di Modena.

Posto l'ammalato col capo o col collo nella classica posizione dell'allacciatura della carotide primitiva, davanti ad una buona luce, conduco un'incisione cutanea lunga 8-10 centimetri che dall'angolo della mandibola discende lungo il margine anteriore dello sterno-cleidomastoideo. Incisa la pelle, il platisma col cellulare che lo attornia, sezionata fra lacci la giugulare esterna, incido l'aponevrosi superficiale ed isolo il muscolo sterno-mastoideo. Questo isolamento deve essere fatto in ampia superfice in alto ed in basso per poter bene dominare la regione.

Fatto tenere con un uncino tirato in fuori lo sternodeido-mastoideo, arrivo sull'aponevrosi media, che si può incidere parallelamente alla giugulare od anche lacerare con due pinzette anatomiche. Ho fatto nell'uno e nell'altro modo, ma preferisco il secondo, perchè può succedere d'incidere col bisturi qualche ramo venoso che sbocchi nella giugulare e del resto la lacerazione dell'aponevrosi si fa benissimo anche colle pinzette.

Incisa o lacerata l'aponevrosi, ne dilato di molto l'apertura in modo da scoprire il più che sia possibile di vena giugulare profonda. Non oltrepasso all'ingiù il muscolo omoplata ioideo. Allora isolo bene il fascio vascolo-nervoso e lo dò a tenere all'assistente acciocchè lo sposti all'indentro e leggermente in avanti, dopo averlo compreso in un uncino smusso. Comincia ora la ricerca del simpatico. Alle volte, per verità, giunti a questo punto e bene asciugato il campo operativo profondo si può già vedere per trasparenza il cordone del simpatico dietro l'involucro che gli è fornito dall'aponevrosi prevertebrale, allora lo si scopre incidendo o lacerando l'involucro, lo si isola bene in alto ed in basso, poi con una pinzetta Kocher si afferra il ganglio cervicale superiore il più in alto possibile e lo si strappa torcendolo. Tagliati con forbici i suoi rami, lo si incide molto in basso cercando di comprendere anche il ganglio cervicale inferiore e si asporta così la catena del simpatico per 5 ed anche 8 centimetri.

Mentre le cose alle volte procedono con una certa semplicità, in altre volte invece non è così e l'atto operativo si rende molto più delicato.

Possiamo trovare gozzi venosi che stanno al davanti del fascio vascolo-nervoso e questi s'incideranno fra due legature; possiamo trovare, e ciò succede più spesso, gangli linfatici iperplastici che attorniano il fascio vascolo-nervoso e specialmente la vena e vi aderiscono continuandosi con altri che stanno attorno e posteriormente allo sternocleido-mastoideo, ed allora occorre procedere con più oculatezza per bene distaccare i gangli dal fascio vascolare. Alle volte

infine, scoperta e preparata la regione prevertebrale, si cerca con ogni cura il nervo e non lo si trova.

In questo caso occorre tener presente un'avvertenza, della quale ho potuto sperimentare l'utilità, e cioè bisogna guardar bene nella parte posteriore del fascio vascolo-nervoso, che si è già preso coll'uncino, e là mi è accaduto qualche volta di trovare il simpatico quasi accollato al fascio carotideo. Ciò mi successe di verificare sul vivente ed anche in prove sul cadavere.

Qualche volta si può avere per un momento il dubbio se tenere fra mano il vago od il simpatico, e ciò specialmente quando esso sia sottile, allora per non confondere un nervo coll'altro si va alla ricerca del vago dividendo la carotide dalla giugulare. A tutta prima sembrerebbe impossibile che si potesse giungere a dubitare del vago avendo fra mano il simpatico o viceversa, pure per la ristrettezza e profondità dello spazio l'errore è sempre momentaneamente possibile ed allora col mezzo sopraindicato ce ne accerteremo, senza però con questo ritenere che sia da seguirsi il consiglio del Gerard-Marchant (Società di Chirurgia di Parigi 26 Ottobre 1898) che dà il precetto di isolare il vago sistematicamente prima della ricerca del simpatico.

Dirò per inciso come sia accaduto in un caso al Gerard-Marchant di non riuscire a trovare il ganglio superiore, trovandosi così costretto a rinunciare alla resezione del simpatico (Gerard-Marchant. Loco citato).

Quando il fascio vascolo-nervoso è scoperto, dopo l'apertura dell'aponevrosi cervicale media, occorre procedere per via ottusa e, giacchè sono su questo punto, ricorderò come la vena giugulare profonda abbia pareti molto delicate e tali da poter essere facilmente lacerabili. In uno dei miei casi, N. 3, mentre mi facevo largo colle dita nella profondità della regione carotidea, mi accorsi da un fiotto di sangue scuro di aver prodotta una lacerazione nella giugulare; rapidamente misi una pinzetta emostatica e divisa la giugulare dalla carotide e dal vago, la allacciai sopra e sotto con catgut. A questa legatura nulla tenne dietro di spiacevole, anzi l'esame delle parti profonde si rese molto più facile e spedito.

Eseguita la resezione dei nervi, dò qualche punto perduto fra il margine interno dello sternocleidomastoideo e l'aponevrosi superficiale e procedo alla sutura della cute. Essa, e per scopo estetico, e per obbedire a quella corrente che vuol sopprimere i punti esterni considerandoli come mezzo di inoculazione degli elementi settici (Ceccherelli) verso le parti profonde, la eseguo sottodermica da ambe le parti, con punti dati con sottile catgut e passati come si farebbe per dare punti perduti a scopo di avvicinare parti profonde.

La sutura riesce meglio quanto più la pelle è grossa ed abbondante.

Quanto agli altri metodi operativi, l'andare a ricercare il sim-

patico anteriormente passando fra la carotide e la giugulare di primo acchito, non mi sembra debba essere metodo di scelta per ragioni di prudenza facili a valutarsi. Il metodo col quale si passa attraverso ad una breccia fatta nel muscolo sternocleidomastoideo, non sembra consigliabile implicando una inutile lesione che dà certo più difficoltà e meno luce all'atto operativo. Il ricercare il simpatico con una incisione che decorra parallelamente al margine posteriore dello sternomastoideo, spostando in dentro questo muscolo, parmi debba dare poca luce e debba esporre male la regione retro-vascolare. Se questo metodo potrà adattarsi bene all'esportazione del ganglio cervicale superiore, non dovrebbe essere così per l'asportazione della parte inferiore della catena del simpatico.

Crederei quindi che per l'asportazione di tutta la catena cervicale del simpatico sia metodo più diretto e più chirurgicamente esatto quello di procedere anteriormente fra lo sternocleidomastoideo ed il fascio vascolo-nervoso, che, spostato in dentro e leggermente in avanti, ci esporrà più largamente la regione prevertebrale.

Io mi sono servito in tutti i miei casi di questo metodo operatorio e non ho che a lodarmene.

2.° Dirò ora dei fenomeni sia immediati che tardivi che ho visto succedere alle bilaterali simpaticoectomie cervicali.

Anzitutto debbo dire che non ho mai verificato alcuno spiacevole effetto nè subito nè più tardi in seguito a tale mutilazione. Gli ammalati in genere hanno mostrata una certa indifferenza a questo atto operativo ed hanno conservato intatto il loro appetito ed intatte le funzioni di tutto l'organismo.

Quanto ad effetti immediati, qualche volta riscontrai restringimento del lume pupillare e nel caso di gozzo esoftalmico parve a me e ad alcuni miei presenti che l'esoftalmo dal lato della 1.ª resezione fosse un po' diminuito subito dopo la resezione del nervo corrispondente. Le impressioni dei presenti non furono però d'accordo e può benissimo essersi trattato di suggestione, perchè appunto si stava spiando se questo fatto sarebbe avvenuto. Dopo poche ore invece la diminuzione dell'esoftalmo da questo lato si rese ben manifesta.

Non riscontrai mai alterazioni nel polso e nel respiro.

Non ho mai visto ecchimosi sottocongiuntivali, nè subito, nè dopo i primi giorni dell'operazione, fatto osservato dall'Abadie e dal Marchant.

Nella metà circa dei miei casi osservai un discreto grado di iperemia d'ambo i lati del viso, accompagnata da molesta secrezione al naso e da lacrimazione, fatti che durarono per i primi 3-4 giorni, poi sparirono. Eguali fenomeni furono pure constatati dallo Jaboulay e Jonnesco clinicamente e da Brown Sequard e da Schiff sperimentalmente, dopo la resezione dei simpatici.

In 4 casi ebbi voce afona per pochi giorni, che però in 3 rimase un po' roca per due o tre mesi.

Questi fenomeni possono essere messi a carico di fatti di angioparesi susseguenti alla distruzione della innervazione simpatica della località. Vidi pure in qualche caso rossore spiccato alle orecchie e qualche volta il malato si lagnò di dolore al padiglione dell'orecchio ed alla nuca, fatti che Bernoud, Gerard-Marchant, Scapiro e Jonnesco attribuirono a lesione dei filetti nervosi cervicali. In due casi ebbi marcata iperestesia delle gote, tale da rendere la masticazione dolorosa per qualche giorno, fatto che scomparve però completamente. Non ho mai riscontrato alcun cambiamento nella reazione delle pupille agli stimoli luminosi, che, anche molto tempo dopo l'atto operativo, si mantenne normale.

3.° Riguardo alla utilità maggiore o minore della simpaticoectomia nella epilessia volgare e nel morbo di Flaiani-Basedow, cioè in quelle due sole specie di malattie nelle quali ebbi occasione di applicare questo intervento chirurgico, dirò ora due parole.

Intanto dirò che in due dei miei epilettici, la Tommi ed il Valori, erano *idiotismo manifesto* e che esso *non subì alcun favorevole risultato dalla cervico-simpaticoectomia*, e questo contrariamente a ciò che è stato affermato da altri.

Quanto al meccanismo di azione della resezione del simpatico cervicale nella epilessia, non possiamo avere idee ben nette specialmente perchè la patogenesi del morbus sacer non è ancora nota. Tuttavia l'ipotesi più verosimile è che l'epilessia sia costituita da fatti cerebrali anemici, e che la resezione del simpatico, e specialmente del suo ganglio superiore cervicale, possa, producendo una vaso-dilatazione cerebrale, combattere la malattia.

La teoria che ammette come causa dell'epilessia genuina una intossicazione generale con effetti irritativi sui centri nervosi, pensa la vasodilatazione, successiva alla simpaticoectomia, possa produrre un lavaggio cerebrale ed espellere così gli elementi tossici. Si può facilmente abbattere questa supposizione obiettando che se una più copiosa quantità di sangue arrivando al cervello potrà rimuoverne elementi tossici dalla sua corteccia, d'altra parte poi sarà maggiore la quantità di essi elementi che vi potrà arrivare.

La teoria che la sezione dei simpatici possa sopprimere riflessi viscerali centripeti, non ha ancora basi scientifiche.

Onde è che sarà la prima delle ipotesi annunciate che godrà fino ad ora il maggior favore, tanto più che, per una parte, l'asserzione che l'epilessia possa dipendere da fatti anemici cerebrali è suffragata da constatazioni di fatto e da opinioni di Illustri sperimentatori, e dall'altra, la vaso-dilatazione consecutiva alla sezione del simpatico è cosa certa.

Ad ogni modo debbo dire che intrapresi anch'io l'esperimento clinico della resezione dei simpatici cervicali, meravigliato dei buoni risultati pubblicati all'estero, e coll'intento di fare un lavoro di con-

trollo a questo nuovo metodo operatorio, la eccezionale importanza dell' argomento valendone la pena.

In questo lavoro, per quanto riguarda i risultati della cura sugli epilettici, non posso per ora che fare una nota preventiva perchè da troppo poco tempo i miei epilettici sono stati operati. Di 8 operati, il primo data da 7 mesi e gli altri successivamente da mesi 6 $^1/_2$, 5 , 5. 4 $^1/_2$ ed un ultimo da 20 giorni circa.

Dopo questo intervento però occorrerà esaminare il malato per un paio di anni almeno, e per dar tempo alle sperate modificazioni cerebrali post'operatorie di stabilirsi, e per evitare di prendere una sosta dalla malattia, sempre possibile, per una guarigione od un miglioramento.

Intanto dirò che *non ho preso in cura che malati di epilessia genuina bene accertata*, e non ho voluto saperne di casi di istero-epilessia, e non volli intervenire in quei soggetti in cui gli accessi epilettici fossero stati pochi ed a distanza di molti mesi, ed in quei casi in genere la cui natura tipica dell' epilessia volgare non avessi potuto bene stabilire. Volli insomma sperimentare questo metodo curativo con tutta la precisione possibile.

Messo così l' esperimento clinico nel suo vero modo di essere, credo che potrò a suo tempo trarre delle conclusioni definitive e decisive.

Mi sono noti i risultati fra loro contradditori di Illustri Chirurghi e gli aspri dibattiti di Clinici e di Fisiologici. Fra questi incerti pareri non esporrò una conclusione se non sarà provata e se non sarò in grado di poterla sicuramente dedurre. Onde è che a mo' di commento sulla influenza della bilaterale simpaticoectomia cervicale negli epilettici, non farò che riassumere semplicemente i risultati da me ottenuti fino ad ora, caso per caso, senza nulla aggiungervi.

Caso I. — Burgassi Luigi di anni 19. Epilettico da 5 anni. Prima dell'operazione: un accesso forte ogni 8-10-12 giorni e molti piccoli accessi quotidiani. Dopo l' operazione: accessi epilettici forti come prima ma ad intervalli di 12-15-20 giorni, di 1 mese e di due mesi. Stato generale migliorato. Operato da 7 mesi.

Caso II. — Tommi Marsina di anni 12. Epilettica da 11 anni e mezzo, semi-demente. Nessun cambiamento dopo l'operazione. Operata da 6 mesi e mezzo.

Caso III. — Goffredo Valori di anni 27. Epilettico da 15 anni. Parziale stupidità. Prima dell'operazione: 6-8-10 accessi convulsivi al giorno, piccoli, ed uno violento ogni 8-10 giorni da richiedere alle volte la camicia di forza: Ripetuti vomiti quotidiani. Dopo l'Operazione: accessi epilettici ogni due giorni. Scomparsa quasi assoluta del vomito. Operato da 5 mesi e mezzo.

Caso IV. — Rosini Alessandro di anni 45. Epilettico da 5-6 anni. Prima dell'Op.: accessi senza regola alcuna, o tutti i giorni o

ad ogni 15-20 giorni. Dopo l'op.: non ebbe che due volte senso di vertigine senza perdita di coscienza. Operato da 5 mesi.

Caso V. — Mastagni Armando, di anni 19. Epilettico da 7 anni. Prima dell'Op.: un accesso forte ogni 8-10 giorni. Dopo l'Op.: ebbe per 3 volte attacchi epilettici. Operato da 4 mesi.

Caso VI. — Ersilio Menichelli, di anni 22. Epilettico da 12 anni. Prima dell'Op.: accessi ogni 3-4-8-10 giorni, stette però anche quasi un'anno senza accessi. Dopo l'Op.: un'accesso la sera stessa, dopo, più nulla. Operato da poco più di 4 mesi.

Caso VII. — Giulio Contrest di anni 22. Epilettico da 9 anni. Prima dell'Op.: accessi ogni 8-10 giorni. Dopo l'Op.: passati 7 giorni ha un accesso, dopo non ne ha più avuti. Operato da 2 mesi e mezzo.

Caso VIII. — Giovannino Neri, di anni 5. Epilettico da 3 anni. Prima dell'Op.: 8-10 attacchi epilettici quotidiani di breve durata. Dopo l'Op.: gli attacchi ebbero un po' di sosta nei primi giorni, ma dopo seguitarono nella quantità e qualità di prima. Operato da 20 giorni,

Ora alcune considerazioni cliniche sul mio caso di gozzo esoftalmico.

La cura chirurgica del morbo di Flaiani-Basedow nei casi assolutamente ribelli alle cure mediche, si esplicò già con differenti metodi operativi, metodi tutti diversi fra loro e negli intendimenti e nella esecuzione, diversità dipendenti da quei criteri anatomo-patologici che l'uno e l'altro chirurgo si era andato formando sulla malattia in parola.

Coloro che pensano ad una intossicazione per alterata funzione della tiroide (iper-ipo e para-tiroidizzazione), stanno per la tiroidectomia o per la enucleazione, certo dopo avere sperimentata l'opoterapia speciale.

Coloro che vedono la causa della malattia in una compressione del simpatico cervicale, cercando di toglierla, eseguono o la esotiropessia o la legatura delle arterie tiroidee (metodo atrofizzante), o l'asportazione della tiroide o di qualunque organo che pensano possa comprimere i simpatici.

Lo Jaboulay infine, autore della esotiropessia, pensando potesse essere il simpatico cervicale ammalato che producesse alcuni sintomi del gozzo esoftalmico, per primo agì direttamente sul simpatico stesso e lo sezionò.

Jonnesco collo stesso concetto curativo, ma agendo più radicalmente ed analogamente alla maggior parte degli atti operativi sui nervi, eseguì una vera nevrectomia asportando intere le catene ganglionari cervicali.

È evidente che l'orientamento dei chirurghi nell'azione curativa è molto vario e discorde. E per vero a rendere più difficile il formarsi un indirizzo logico nella cura di questa malattia abbiamo il fatto che molte altre teorie vengono esposte e spiegare la genesi del

gozzo esoftalmico. Abbiamo la teoria che il gozzo esoftalmico sia una semplice nevrosi vasomotoria e trofica, quella che esso dipenda da lesioni del midollo allungato e del vago, l'altra che esso sia una affezione essenzialmente diatesica, poi le teorie tossiche non tiroidee, la nuova teoria del Cyon, quella cardio-vascolare, quella del Franc che fa risiedere tutta la malattia in riflessi centripeti cardiaco-aortici, ed altre che più non riporto.

Fra tale cumulo di idee e di fatti contradditori e contrari, l'operazione del Jaboulay e dell'Jonnesco sorse appoggiata da qualche dato clinico e da qualche induzione scientifica.

Le ragioni principali che fecero ammettere come razionale la prova clinica della resezione del simpatico cervicale nel morbo di Flaiani-Basedow furono le seguenti. L'affondamento, per quanto leggero, dei bulbi oculari negli epilettici operati con questo stesso metodo. I dati dell'anatomia e patologia del simpatico che dimostrano come risieda nella porzione cervicale l'origine di alcune forme di cardiopalmo. Gli altri dati che additano nel simpatico cervicale la sede del trofismo della tiroide e dell'organo della vista. La considerazione che esso possa servire da filo conduttore a riflessi centripeti viscerali. Le vedute di Illustri Clinici che fanno precisamente risiedere tutto il gozzo esoftalmico in una malattia del simpatico e specialmente del suo tratto cervicale. A questo voglio qui aggiungere come il Franc abbia ora spiegato il fatto dell'esoftalmo nel morbo Flaiani-Basedow. L'esoftalmo sarebbe prodotto dalla tonica contrazione del muscolo di Muller che spingerebbe in fuori i bulbi, contrazione anomala sostenuta da uno stato irritativo del simpatico cervicale, sezionato il quale, il muscolo si affloscerebbe e l'occhio ritornerebbe nella sua posizione normale.

Tutte le cose sopradette fecero ritenere fondata di una certa base scientifica la resezione dei simpatici nel gozzo esoftalmico.

Per poter venire alle conclusioni che farò in seguito, occorre che ricordi qui quanto la fisonomia clinica della malattia in discorso si presenti incostante.

Alle volte predomina in essa l'esoftalmo e non si ha gozzo, alle volte predominano fenomeni cardiaci e molte altre turbe nervose, altre volte manca l'esorbitismo e si ha gozzo marcato. È poi tanto poco stabile la classica triade di gozzo esoftalmo e tachicardia, che i clinici, nei casi detti a forma frusta, danno sufficiente importanza per la diagnosi ad un insieme di fenomeni nervosi, quali ad esempio: il tremito intenzionale; la soggettiva ed alle volte obiettiva sensazione di calore esagerato a tutto il corpo; la facilità ai sudori e ad altri fenomeni di secrezione, specialmente intestinale; la eccitabilità ed emottività facile di tali malati; la loro irrequietezza; l'insonnia; la fretta e l'agitazione in tutti i loro movimenti.

Da questa complessiva natura sintomatica del morbo di Flaiani-

Basedow e dagli effetti clinici e sperimentali delle sezioni del simpatico cervicale, appare evidentemente che la cervico-simpaticoectomia, per la cura del suddetto morbo, non possa considerarsi che come intervento puramente sintomatico, mai radicale, perchè esso non può combattere che alcune manifestazioni della malattia stessa. Dovremo per altro convenire, appoggiandoci ai risultati clinici, che tutte quelle manifestazioni del sistema nervoso che possono essere migliorate colla suggestione, possono sentire benefico effetto col migliorare di qualche altro fenomeno morboso, e così pure dicasi dei fenomeni nervosi riflessi. L'animo poi più lieto del malato che si vede guarire qualche sintoma molto noioso può contribuire ad un senso di benessere generale. *Non possiamo poi passare sotto silenzio la possibilità che la resezione di parte del sistema del grande simpatico non possa produrre una benefica influenza su tutto il sistema stesso, e che essa si esplichi col mitigarsi di molte manifestazioni nervose patologiche del nervo ganglionare.*

È così che mi sembra (a priori e dopo la considerazione dei pochi casi clinici che ci offre la letteratura), si debba intendere l'applicazione della simpatico-ectomia nel gozzo esoftalmico, ed è pure così che sarebbe spiegato il perchè alcuni tanto si lodino ed altri tanto critichino questo metodo curativo, poichè, come si deduce dalle cose dette sulla sintomatologia di questo morbo, non in tutti i casi la simpatico-ectomia cervicale può dare gli stessi risultati curativi, *ma essa darà i migliori effetti solo nelle forme tipiche, intere, di gozzo esoftalmico, poichè esse sole contengono quei sintomi che possono essere direttamente influenzati dalla resezione dei simpatici.*

Nel mio soggetto trattavasi di una forma di gozzo esoftalmico clinicamente tipica, presentando esso oltre la classica triade tutti gli altri fenomeni concomitanti. Dirò subito come la ragione principale per la quale l'ammalata si fosse sottoposta all'atto operativo, dopo aver tentato molte cure mediche, sia stata la presenza di un considerevole esoftalmo.

La Ildebranda Rossetti, giovane di un carattere oltre ogni dire vivace, non poteva più sopportare nelle esigenze della sua vita di giovane donna l'aspetto mostruoso che l'esoftalmo le conferiva. Di più cominciavano già fatti di irritazione locale a carico specialmente delle congiuntive oculo-palpebrali, coadiuvati dalla circostanza della incompleta chiusura delle palpebre nel sonno.

Nelle qui unite fotografie della giovane prima dell'operazione, l'esoftalmo risulta inferiore al vero, poiche durante i movimenti mimici del viso, molto accentuati in essa, e sotto l'impressione dei sentimenti che la agitavano, l'occhio, roteando, facevasi straordinariamente sporgente, parendo quasi fuoriuscire dall'orbita; lo strabismo abbastanza notevole rendeva in certe posizioni più evidenti i bulbi oculari. Contribui a rendere meno spiccato l'esoftalmo nella fotografia

il fatto che la giovane risentiva dolore nel tenere aperti gli occhi ed istintivamente ammiccava le palpebre per sottrarsi al contatto irritante dell'aria.

La giovane fu operata il 21 giugno 1899 di bilaterale simpaticoectomia cervicale. Durante questa operazione, oltre l'aver trovato i simpatici sottili molto, riscontrai pure un fatto che credo abbia una certa importanza, e cioè: tutto il fascio vascolo-nervoso d'ambo i lati del collo era circondato da numerosi ganglii linfatici ingrossati, in particolar modo disposti attorno alla giugulare profonda.

Questi ganglii si trovavano molto più sviluppati a destra che a sinistra, e la giovane afferma che a destra furono sempre più voluminose le adeniti cervicali di cui essa sofferse e che da questo lato esse ebbero esito suppurativo, lasciando una cicatrice cutanea visibile anche in una delle fotografie. È notevole che proprio a destra l'esoftalmo era maggiore e così pure che da questo lato era più sviluppato il gozzo.

Questi linfatici così situati e così voluminosi giudico abbiano potuto esercitare una notevole compressione direttamente su buon tratto del simpatico cervicale, perchè questo nervo da parecchi dei gangli linfatici non era separato altro che dal rivestimento aponevrotico prevertebrale.

Potrà questa circostanza aver avuto influenza sullo svolgersi dei gozzo esoftatmico? E quale?

Sappiamo dall'anamnesi che la Rossetti fu affetta per circa 6 anni da una malattia del sistema glandolare linfatico, la malattia regredi con adatte cure ricostituenti e soggiorni marini e la giovane afferma di essere guarita press'a poco al suo 17.° anno. Stette bene fino a 21 anni, epoca nella quale, dopo dispiaceri di natura erotica, le insorsero i primi sintomi del morbo di Flaiani-Basedow.

Che si possa avere una alterazione, anche solo funzionale, del simpatico per compressione e che da essa possa provenire un insieme di fatti patologici, è cosa indiscutibile e provata da molte osservazioni cliniche. (Nella Patologia del Simpatico del De-Giovanni questi ed altri quesiti sono esaurientemente trattati con quella speciale competenza che è a Lui propria in questa materia). Tutte le infezioni generali poi colpiscono anche il sistema nervoso ganglionare, il quale reagisce con una infinità di sintomi sia precursori che concomitanti e susseguenti le malattie stesse. E naturale quindi che nella Rossetti, che fu già ammalata per 6-7 anni di linfatismo e di scrofola il simpatico pure, allora, si fosse alterato e che poscia, guarito, come avviene in tutti i sistemi organici che furono malati, fosse rimasto *un locus minoris resistentiae* maggiormente disposto a *sentire* l'azione di successivi fatti patologici.

Per queste ragioni penso che la pregressa malattia generale e la lunga compressione dei simpatici cervicali per parte degli elementi

glandolari linfatici abbiano potuto, mantenendo una prolungata irritazione in questi nervi, contribuire a rendere più accentuati nel gozzo esoftalmico i sintomi morbosi dipendenti dal tratto cervicale del simpatico stesso.

L'esame anatomo-patologico dei simpatici fatto dal Prof. Mingazzini di Roma e dal Dott. Generali di Modena non trovò alcun che di anormale nelle condizioni istologiche dei nervi. Questo però non ci impedisce di ritenere che la compressione sul simpatico cervicale per parte dei gangli linfatici ipertrofici non abbia potuto mantenerlo in uno stato di irritazione continua, irritazione che, scoppiata la malattia di Flaiani-Basedow, si sia poi tradotta in un accentuarsi dei fenomeni dipendenti da questo tratto di sistema nervoso.

Il concetto che una lesione del simpatico possa produrre *alcuni sintomi* del gozzo esoftalmico, io trovo confortato da un giudizio che il De-Giovanni espone nel suo Trattato, pag. 278: — io quindi opino che la descrizione nosologica della emicrania, della oftalmia neuroparalitica, della malattia di Basedow, del cardiopalmo nervoso, spetti ad altro trattato e qui si convenga di mostrare quale alterazione nelle dette malattie possa consistere nella sostanza del simpatico e quale contributo perciò questo rechi nella sintomatologia di esse. — Aggiungerò poi che il Gayme (Essaie de la Maladie de Basedow. Thèse pour le doctorat en Médecine. Parigi 1899) in uno studio oltremodo accurato ed esauriente termina il capitolo delle conclusioni così: — *Noi non possiamo meglio riassumerci che nel dire che la malattia di Basedow è una affezione nervosa a localizzazione simpatica, apportante un perturbamento generale in tutte le funzioni dell'economia.*

Questo modo di vedere sulla natura del morbo di Flaiani-Basedow mi pare il più giusto e ad esso mi sottoscrivo ben volontieri, e mi sembra che debba sempre più persuadere della grande probabilità che debbono godere le conclusioni che ho più sopra esposte, poichè un intervento chirurgico sul simpatico cervicale non interessa che i centri da cui dipendono alcuni sintomi del morbo stesso.

Terminerò questo lavoro con un commento riassuntivo sul risultato ottenuto nel mio caso di gozzo esoftalmico.

Subito dopo la resezione del 1.° simpatico, come dissi sopra, parve a qualcuno che il bulbo oculare corrispondente divenisse meno sporgente; questo fatto, contrastato da altri, apparì poi manifestamente 4 ore dopo l'operazione.

Il giorno dopo cominciò a diminuire anche l' altro bulbo finchè dopo 12-15 giorni si ottenne il massimo di diminuzione; si ebbe però progressivamente qualche poco di diminuzione anche dopo, tantochè al momento in cui scrivo l'esoftalmo è migliorato più di quello che non sia rappresentato nelle fotografie che qui presento e che furono eseguite due mesi fa.

Cercai, come si può ben vedere osservando le qui annesse foto-

zincotipie, di far fotografare la giovane nelle identiche condizioni di luce e di posizione tanto prima che dopo l'atto operativo, preoccupato solo che esse rappresentassero il vero.

La tachicardia ebbe una diminuzione così piccola ed intermittente dall'atto operativo da potersi ritenere nulla, perchè da 100-110 e qualche rara volta 80 pulsazioni prima dell'operazione, discese a 110-100-76 e 72.

Vantaggio completo, indiscutibile ebbi invece sugli accessi di cardiopalmo che prima insorgevano senza alcuna regola, spontaneamente e quasi ogni giorno, senza che l'ammalata potesse spiegarsene la ragione, lasciando molto abbattuta la giovane moralmente e materialmente. *Questi accessi di cardiopalmo dall'epoca dell'operazione fino ad ora sono completamente scomparsi, apportando un grande sollievo e benessere alla giovane donna.*

Altro fatto che ho potuto constatare nella Ildebranda Rossetti è stata la diminuzione del tremore intenzionale alle mani dopo l'operazioni. Dice il Moebius nel suo Trattato sulla Diagnostica delle malattie nervose, che in generale la scrittura può essere considerata come il reagente più fino del tremore intenzionale. Avendo fatto il confronto fra le lettere scritte dalla giovane prima dell'operazione con altre scritte dopo l'operazione, ho potuto riscontrare calligrafia più nitida e meno tremolante negli ultimi scritti. Questo miglioramento è avvenuto in un grado non molto forte, ma sufficiente per essere apprezzato.

Giacchè sono sull'argomento, dirò che non riscontrai negli scritti della donna prima dell'operazione quelle curve che il Moebius nel suo Trattato dice caratteristiche dei malati di gozzo esoftalmico.

Il gozzo appare ora più flaccido e di volume inferiore al primitivo. L'insonnia è molto migliorata, forse per la maggiore tranquillità morale della giovane. Le crisi diarroiche non si sono ancora ripresentate dal giorno dell'operazione fino ad ora. La giovane afferma di essere più tranquilla e meno irascibile. La fretta e l'agitazione visibile generale non sembrami abbiano nulla guadagnato, così pure le crisi sudorali.

La ragazza sta in Massa Marittima ed io la vedo spessissimo, essa è lieta e mi è grata del suo insperato miglioramento.

Questo caso clinico mi sembra appoggi le suesposte opinioni circa in modo di considerare la simpatico-ectomia nella cura del gozzo esoftalmico.

Le resezioni del simpatico in genere si presentano ora come ampio campo di osservazione e di studio. Quelle in ispecie eseguite sul tratto cervicale di esso come cura dell'epilessia genuina meritano di essere ancora sperimentate per la eccezionale gravità dell'affezione alla quale si rivolgono, che da secoli sfida ogni arte curativa. Per questo dobbiamo avere l'obiettivo di ricercare senza preconcetti il vero e di

giungere a conclusioni ben chiare e provate, le quali ci dovranno o far consigliare per l'avvenire questa cura nella pratica chirurgica o farla cancellare per sempre dalla Terapia Operativa.

Massa Marittima, Novembre 1899.

Nota. — Mentre correggo le bozze di questa stampa, oggi 21 Gennaio 1900, cioè 7 mesi precisi dal giorno dell'operazione, che fu il 21 Giugno 1899, posso dichiarare che la mia operata ha subito progressivo miglioramento in tutti i suoi sintomi morbosi. Essa è ingrassata e gode ottima salute, l'esoftalmo è ancor più diminuito, tanto che la fisionomia della giovane è ora quasi normale, gli accessi di cardiopalmo non si sono mai più ripresentati.

L'argomento del giorno.

Ed anche questo mese non saprei come meglio incominciare il mio Articolo consueto sulle più recenti pubblicazioni e studî importanti, che facendo gustare al Lettore quanto disse il Prof. Edoardo Bassini nel suo discorso inaugurale letto nella R. Università di Padova il giorno dell'Apertura di quell'Ateneo. Ed anche il Bassini, alla pari del Ceci, scelse quale argomento la Chirurgia, e più precisamente: *I più notevoli progressi della Chirurgia negli ultimi cinquanta anni.* Riassumerlo è cosa più che difficile, perchè i concetti vi sono talmente sintetizzati, che è impossibile compendiarli ancora di più.

Constatati i progressi meravigliosi compiuti dalla chirurgia in modo da essere totalmente trasformata, si domanda: Si deve questo alla febbrile operosità degli studî moderni? o si deve alla perspicacia manifestata improvvisamente da grandi ingegni dopo secoli di inerzia? e senza titubanze risponde: « Mal giudicherebbe chi osasse affermar ciò. I nuovi mirabili perfezionamenti della chirurgia furono preparati dall' intenso lavoro dei predecessori; ad essi noi dobbiamo le glorie dello stato odierno, ad essi noi dobbiamo indelebile riconoscenza ».

Constatato quanto debba la chirurgia all'anestesia ed agli studi di Wells e di Bert sugli anestesici, giustamente afferma che un poderoso elemento di progresso fu il perfezionamento dell'arte diagnostica e ricorda quanto per questo si deve alla chimica ed alla batteriologia. Ma di sicuro un potente impulso al progresso delle scienze mediche fu dato dalla patologia cellulare che Virchow sintetizzò facendo suo il concetto del Morgagni, ed intravedendo la nuova dottrina della cariocinesi o mitosi, ed avendo poi a collaboratori negli ardui problemi il Bizzozero, il Cooper, lo Schneider, il Flemming.

Ma io ho già accennato alla batteriologia, che è il cardine per lo studio dell' etiologia di molte affezioni, ed ora mi compiaccio ricordare col Bassini il nome di Agostino Bassi da Lodi che nel 1816 compiva e nel 1835 pubblicava un libriccino dal titolo: *Del mal del segno, calcino o moscardino* dimostrando così pel primo la natura parassitaria di una malattia e proponendo contro di essa una vera cura antisettica. Ed a lui susseguirono il Rayer ed il Davanie nel 1850 per il carbonchio scoprendo quel bacillo che Cohn chiamò *bacillus anthracis;* e Filippo Pacini, il mio venerato Maestro al quale le Scienze Biologiche debbono tanto ed è invece tanto ingiustamente dimenticato, che nel 1854 illustrava il colera e trovava dei microbi, ai quali dava il nome di *vibrioni col·rigeni.* Ed ecco due nomi, Bassi e Pacini all'avanguardia di quelli studî di batteriologia che sono il cardine delle ricerche moderne; e precedendo quindi anche il Pasteur, questo Geniale Osservatore Francese, ai cui studî si debbono le applicazioni del Lister nel campo della Chirurgia. E ben dice il Bassini quando scrive che « nè l'opera insigne del benemerito Scozzese si fu ristretta a questi benefici risultati (troncare la causa delle malattie infettive e ridurre a zero la mortalità nelle ferite); chè, trascinando i patologi, li indirizzò sulla giusta via per lo studio del processo infiammatorio e delle malattie infettiv ».

Ed infatti è da questo momento che cominciano gli studî per determinare quale fosse l'agente infettivo delle malattie. Ed ecco agli studî del Pasteur susseguire quelli del Kock, del Weber, del Billroth (i quali ultimi due dimostrarono che sostanze velenose (*pirogene*) erano elaborate nei focolai infiammatori e da questi assorbite; e che portate poi in circolo davano luogo alla febbre ed ai fenomeni morbosi che queste accompagnano, e determinano la natura chimica di dette sostanze. Furono il Brieger, il Fränkel, il Leber i quali dimostrarono che gli stafilococchi e gli streptococchi producono delle sostanze tossiche multiple, alcune delle quali dànno luogo a suppurazione ed altre costituiscono un veleno pel sistema nervoso, ed altre un veleno albuminoide che ha proprietà chemiotattiche

positive ed è piogenico; il Brieger, il Faber ed il Tizzoni scoprirono che il bacillo del tetano elabora la tetanotossina che agisce sui centri nervosi e provoca il tetano; il Klemperer ed il Foà dimostrarono che il pneumococco dà la pneumotossina e la pneumoproteina; il Kock scoprì il bacillo della tubercolosi e provò che questo elabora una sostanza, la quale estratta colla glicerina e precipitata coll'alcool forma la tubercolina. Ecco quindi come « queste conoscenze portarono a poco a poco al convincimento che i microbi patogeni agiscano prevalentemente per mezzo dei prodotti del loro ricambio materiale ».

Intanto mentre questi veleni provocano alterazioni locali caratterizzate da processi regressivi, introdotti in circolo determinano manifestazioni morbose generali. È a questo punto che sorge la teoria del Metschinikoff sulla fagocitosi dimostrando che la vittoria arride quasi sempre alla difesa locale contro le malattie infettive nel focolaio primo d'innesto. È questa autodifesa che spiega l'immunità propria dell'organismo riuscito vittorioso nella lotta contro un microbo patogeno; e quindi i tentativi sperimentali di immunità contro i varî microbi patogeni imitando la pratica secolare della vaccinazione, sorgendo così il nuovo mezzo preventivo e curativo chiamato sieroterapia.

Sono tutti questi studî che condussero la Chirurgia ad aggredire processi morbosi in sedi nelle quali non era concesso l'attacco: ma pur troppo conviene pensare anche all'avvenire perchè moltissimi problemi rimangono insoluti.

Infatti non ancora abbiamo un mezzo terapeutico contro le infezioni settiche e piogene già penetrate ad invadere il nostro organismo: non ancora sono studiate le malattie che derivano dalla deficiente o soppressa secrezione interna di ciascuna glandola o di parecchie e quindi le applicazioni dell'opoterapia; non ancora è sicura la terapia della tubercolosi essendo d'altra parte illusorio presumere di potere guarire le manifestazioni tubercolari operandole; siamo impotenti a sradicare il cancro che è già profondamente penetrato nei tessuti, e del quale non conosciamo l'agente. « Dev'essere un parassita ben stravagante questo del cancro, scrive il Bassini, per riuscire, come riesce, a far sì che le cellule epiteliali irritate ne producano atipicamente una quantità non solo nel sito primo d'origine, ma anche là ove incomincia lo sviluppo di un nodo secondario; per esempio in una glandola linfatica, caso tanto comune. È mio convincimento, che avanti di scoprire l'origine o la causa dello sviluppo del cancro debbano essere sciolti molti e vitali problemi, tuttora avvolti nel mistero, sulla costituzione degli epiteli, sul loro protoplasma, forse su modi (ora totalmente ignoti) di riproduzione delle cellule epiteliali. Allora solo sarà possibile scoprire e dimostrare quale sia l'intima causa di questo flagello dell'umanità ». E poi soggiunge: « È da credere con tutta sicurezza, che una volta scoperta l'intima natura del cancro, quali ne sia il *quid* che lo genera, quale la maniera di diffondersi e di invaderci, quali i veleni che determina, facile ne possa riuscire la profilassi. L'immane lavoro che avrà costato un tale trionfo sarà sempre un nulla in confronto della grande scoperta ».

Confesso il vero: è con entusiasmo che ho letto il discorso dell'amico e Collega Bassini perchè per una volta tanto non ho sentito inneggiare a questa nostra Chirurgia solo per le sue conquiste nel campo operatorio, ma in quello della patologia che è il fondamento, la base, il cardine della clinica. Ed è quindi col Bassini che ripeto: « Eleviamo gli animi alla indefettibile, raggiante speranza: io la sento in me come voce fatidica. Verrà giorno che l'umanità sarà liberata dalla tubercolosi, liberata dal cancro; allora potrà dire veramente d'avere incominciato un'aurea età. Sieno queste le glorie del secolo nuovo! » Ed aggiungo che a queste glorie sia legato il nome d'Italia, che ormai nella Scienza nostra ha un nome che non teme confronti.

*
* *

Un lavoro originale e di una certa importanza è quello eseguito dal Dott. A Fabris dal titolo: *contributo allo studio sperimentale sulla disinfezione delle ferite* (*Archivio per le Scienze Mediche*, Vol. 23, Fascicolo 3, 1899). Egli ha prese due ferite eseguite in circostanze il più possibile uguali ed infettate con microrganismi piogeni ad azione locale: ne curava una con la disinfezione e l'altra asetticamente, e studiava il modo di comportarsi a seconda dell'uno o dell'altro modo di trattamento e nel tempo stesso quale, data la suppurazione, era il migliore modo di cura per combatterlo. Egli da queste ricerche traeva la conclusione che i processi suppurativi gravi e progredienti possono guarire con un metodo di cura puramente asettico, purchè si provveda alla continua eliminazione degli essudati mediante ampie incisioni e medicazione opportuna e si cerchi di conservare il più che sia possibile l'integrità dei tessuti destinati alla riparazione del processo. Sono più che inutili, ma dannose le sostanze antisettiche in quanto sono incapaci estinguere il processo sia per la loro azione nociva sui tessuti, sia per un'eventuale azione tossica generale. Sarebbe come si vede il trionfo della medicatura asettica sulla'antisettica; ed in qualche modo mi pare che per quella continua eliminazione degli essudati si potrebbe ritornare anche al concetto dell'irrigazione continua delle ferite.

*
* *

È noto come Knauer e Gregorieff fecero delle esperienze sull'innesto delle ovaia, e con buon resultato. Ribbert volle ripetere queste esperienze di *innesto delle ovaia, testicolo o mammelle* (*Archiv für Entwickelung*, VII). Dopo di avere distaccati questi organi li fissò con suture in un altro punto della superficie peritoneale. È costantemente riuscito nel fare attecchire le ovaia. L'esame istologico dimostrò che le parti periferiche, che contengono i follicoli, si sono perfettamente conservate, mentre che le parti centrali sono scomparse e sono state sostituite da tessuto connettivo nuovo proveniente dal peritoneo. Dopo quattro mesi e mezzo si erano sviluppate delle nuove vescichette di Graaf numerose e voluminose, d'aspetto assolutamente normale. Invece il trapianto dei testicoli è fallito, in quanto in tutte le esperienze sono costantemente necrosati, salvo l'epididimo. Ricerche anteriori avevano già dimostrato che l'innesto di frammenti di testicolo non dà luogo che ad insuccessi; si vedono i follicoli vegetare, ma finalmente scompaiono dopo avere subìte delle trasformazioni regressive. D'altronde i piccoli pezzi di ovaia dànno luogo ai medesimi risultati. Invece la trapiantazione di mammelle di animali giovani è seguita da successo. Così nella giovane cavia le mammelle furono innestate alla superficie esterna delle orecchie; e gli innesti attecchirono. Più tardi questa femmina partorì, e si produsse del latte nelle mammelle così trapiantate, ma questi organi non avevano acquistato il loro sviluppo consueto ed erano rimaste rudimentali. Però la loro struttura era la stessa di quella delle mammelle rimaste al loro posto normale.

*
* *

Ecco che lo Cerny-Trunececk ritorna a patrocinare la causa della *cura radicale del cancro epiteliale con l'arsenico*. È nei Numeri 1 e 2 della *Klinisch. therapeutische Wochenschrift* di quest'anno che ne vanta di nuovo i pregi, affermando che con tale cura si può sempre vedere se nella ferita è rimasto tessuto canceroso, mentre nell'operazione il sangue maschera tutto il campo operativo e quindi è difficile verificare ciò che vi si trova. Di più non si ha l'autoinoculazione e non si distruggono che le parti sane, rispettando le ammalate. Dice inoltre che non ha mai vedute conseguenze per azione generale dell'arsenico nell'organismo per quanto usato anche nel cavo orale. È per di più indispensabile

usare questo metodo di cura, quando si ha che fare con diabete ed emofilia. Aggiunge che l'azione del farmaco è tanto più celere quanto più il carcinoma è ulcerato e quando il tessuto carcinomatoso ha il carattere di un tessuto embrionale anzichè nei cancroidi, nei quali le cellule sono corneificate. Il tempo della cura è dalle tre alle quattro settimane: ed anche meno quando al di sotto del carcinoma vi è osso o cartilagine.

La base della cura dice il Cerny-Trunececk sarebbe che le cellule cancerose vengono in primo luogo private per l'azione dell'alcool del loro contenuto acquoso, poscia il loro protoplasma coagula sotto l'influenza dell'arsenico. Le cellule dello stroma subiscono la degenerazione jalina e producono un'essudazione, che alla sua volta produce di nuovo alterazioni nelle cellule cancerigne uccise dall'arsenico. Nelle parti sane circostanti ha luogo un'infiammazione delimitante, che passa in suppurazione e fa sì che tutto il tumore necrotizzato dall'arsenico si esfogli come un corpo estraneo.

Anch'io posso affermare l'utilità di questa cura, ma negli epiteliomi limitatissimi.

Certo che se si potesse giungere a risolvere il problema della curabilità del cancro sarebbe il più grande trionfo della terapia. Ma ne siamo ancora lontani.

31 Gennaio 1900.

ANDREA CECCHERELLI.

RIVISTA SINTETICA

La cura chirurgica della cirrosi epatica.

Richiamiamo volontieri l'attenzione su un nuovo metodo di cura della cirrosi epatica, o dirò meglio, su un tentativo nuovo della chirurgia, inteso a combattere uno dei sintomi principali di questa malattia « l'*ascite* ». Il metodo è logico e razionale, giacchè le noie maggiori ed i suoi gravi disturbi che il paziente deve tollerare, sono dati precisamente del versamento copioso che si raccoglie nella cavità addominale e che finisce per essere la causa principale nell'affrettare la morte.

Il nuovo metodo afferma una volta di più il valido sussidio che, oggi giorno, ormai la Chirurgia porta alla medicina, sostituendosi efficacemente a quest'ultima in molti casi nei quali da tempo si mostrava impotente, ed anche questo tentativo, io credo, finirà per conquistare l'animo della maggior parte dei medici, come già la laparotomia nei casi di versamento da peritonite, quando altre esperienze ed altre osservazioni abbiano del tutto confermata la bontà del metodo.

Sarò costretto a riassumere brevemente, oltrechè i diversi mezzi adoperati per combattere l'affezione in discorso, anche le varie cause, i sintomi e le alterazioni anatomo-patologiche, perchè volendo rimuovere le varie cause del male e combattere i sintomi, è necessario aver ben presente e nettamente il quadro morboso.

*
* *

Colla parola *cirrosi* si suole oggi indicare l'esito finale delle infiammazioni interstiziali croniche di tutti gli organi parenchimatosi, ma nel senso vero ed originario della parola, deve intendersi per *cirrosi* l'infiammazione cronica del fegato, caratterizzata anatomicamente da uno sviluppo esagerato del connettivo del fegato, per cui si fa granuloso ed assume un colorito giallo rossastro speciale.

L'iperplasia connettivale può avere per punto di partenza i differenti canali che attraversano il fegato, i vasi biliari, vene afferenti ed efferenti, arterie, linfatici, ma io mi occuperò solamente di quei casi in cui il processo è procurato dai rami della vena porta — ed è il caso anche più frequente — e si ha la *cirrosi comune volgare del Laennec*, *extralobulare*, *anulare*, *polilobulare*, giacchè per la speciale disposizione dei rami nuovi, il connettivo neoformato circonda i lobuli epatici come in un anello, avvolgendone parecchi di essi.

Il Laënnec pel primo contradistinse questa malattia, ma egli credette ad una neoformazione parenchimatosa, e solo più tardi il Rokitanshi in Germania ed il Gubler in Francia, dimostrarono trattarsi di un processo infiammatorio cronico riposto nel parenchima epatico, mentre il Kierman e l'Halbuann provarono che il processo infiammatorio aveva il suo punto di partenza dal connettivo interlobulare.

Il Beasle e l'Achermann pensarono che l'inizio del processo si avesse nelle cellule epatiche e secondariamente avvenisse la pro ificazione connettivale, portante il restringimento e la chiusura di molti rami portali.

Il Budd, il Freriches ed altri affermarono trattarsi di un'irritazione del connettivo interlobare con produzione di connettivo, che poi ritraendosi comprimevano i vasi, portando disturbi nutritivi secondarii delle cellule epatiche. Queste idee furono poi confermate dai varii reperti anatomo-patologici.

*
* *

La causa principale della cirrosi volgare è l'abuso delle bevande alcooliche (liquori, vino, birra) e di molte sostanze irritanti.

Il Wegener con esperienze, che furono poi confermate dal Weil, dal Kroenig e dall'Achermann, riprodusse la cirrosi negli animali, somministrando a lungo del fosforo. Secondo il Lafetti anche l'avvelenamento cronico da piombo porterebbe la cirrosi.

Sembra che anche gli individui colpiti da gotta e da diabete — sebbene di abitudini temperate — possano andar soggetti a questa malattia.

Anche diverse malattie infettive (sifilide, malaria, tubercolosi, tifo, colera, ecc) pare possano determinare la cirrosi. Il Frerichs, il Liebermeister, lo Charcot, il Nicasi, il Richaud e l'Hanot e altri accennano a ciò.

Per quel ch' io mi sappia finora non è stato riconosciuto con prove inopugnabili, nè vi è registrato come verità assiomatica alcun caso di cirrosi del fegato in conseguenza diretta dai morbi infettivi, ma io penso sulla scorta di valorosi patologi e clinici che i veleni di detti morbi debbano, più che essere la causa diritta, portare un maggiore sviluppo alle cirrosi latenti affrettando la finale *debacle*.

Secondo il Cantani la cirrosi in Italia, più che dall'alcool dipenderebbe dalla malaria.

In alcuni casi l'etiologia è affatto sconosciuta.

*
* *

Dopo l' esposizione delle idee circa l' origine del processo morboso, le alterazioni anatomo-patologiche si possono riassumere in poche parole : aumento del connettivo prima ed aumento totale dell' organo ; il connettivo aumentando comprime ed atrofizza le cellule, quelle che sfuggono alla compressione sporgono dando al fegato l' aspetto granuloso : degenerazione delle cellule epatiche, da ultimo, ed atrofia dell'organo.

*
* *

Le prime manifestazioni della cirrosi sono quelle di un semplice catarro gastro-enterico, che il più delle volte simula la malattia, fino a che non sopraggiunga l'ascite, senza edema, la quale ci può tosto guidare alla diagnosi, se il fegato e la milza si possono ancora palpare e se, oltre a ciò, i disturbi gastro-intestinali perdurano, se v'è, anche lieve, ittero congiuntivale, se v'ha grande tendenza alle emorragie e sono comparse varici emorroidarie, se il sistema venoso è riccamente rappresentato nelle pareti addominali.

I gravi disturbi intestinali limitando, coll'andar del tempo, il riassorbimento dei materiali indispensabili alla nutrizione, portano un forte dimagrimento; i disturbi e le complicazioni dell'ascite, l'accumulo dei prodotti tossici, per la diminuita funzionalità della glandola epatica, portano ben presto agli estremi il paziente, se la natura non provvede spontaneamente, con nuove vie di scarico, al sangue della porta, o se il medico non interviene attivamente per combattere od almeno per rimediare agli esiti della compressione portale, o a coadiuvare la natura stessa nell'aprire nuove comunicazioni fra il circolo portale e quello della cava.

*
* *

Non si può parlare d' una cura specifica della cirrosi epatica. Se la causa fosse sempre perfettamente nota e, se anche quando si è conosciuta, fossimo sempre in tempo ad arrestare il morbo, ormai troppo progredito, molte volte nè la nostra autorità sul malato, nè lo stesso pericolo imminente di morte, var-

rebbe a rimuovere la causa del male, giacchè ben di frequente si ha a che fare con persone così dedite al vino, che questo è diventato ormai necessario alla loro esistenza.

Il medico quindi non potrà rivolgere le sue attenzioni e le sue cure altro che ai disturbi predominanti, cercando di prolungare la vita del paziente coll'alleviarne le sofferenze.

I disordini funzionali ai quali può dar luogo una cirrosi ben sviluppata possono riunirsi in due gruppi:

1.° *disordini della circolazione e conseguenze* (milza grossa, ascite, iperemia delle mucose dello stomaco e dell'intestino, emorragie, disturbi renali, respiratorii, di circolo, ecc.).

2.° *limitata funzione biliare*, *glicogenetica* e *antitossica*, per distruzione del parenchima epatico.

A questi due ordini di disturbi il medico deve cercare di opporre un riparo.

Dirò subito che nulla o quasi nulla può fare per rimediare a quest' ultima serie di fatti. Una volta degenerata e distrutta la cellula epatica, non può più riprodursi, nè d'altra parte si può ridestare l'attività di altri organi, che possano portare un compenso alla mancata, o meglio dirò diminuita funzionalità epatica.

Non è quest'ultima serie di disturbi però che più preoccupa il medico, giacchè proprio nel gran numero dei casi, i disturbi cagionati dalla imperfetta funzionalità della glandola epatica, non sono mai così gravi da richiedere un pronto intervento, nè sembra ancora del tutto dimostrata, da parte del fegato, la funzione distruttrice ed eliminatrice delle sostanze tossiche, provenienti dall'intestino, giacchè da esperienze assai recenti del Queirolo sembrerebbe che ne riceva conforto la teoria dello Stich, la quale attribuisce all'epitelio intestinale il potere di arrestare, distruggere o neutralizzare le sostanze tossiche contenute negli intestini.

Perciò le manifestazioni principali da combattere sono i disordini circolatorii, e fra questi il più importante: l'ascite.

Ed è appunto contro l'ascite che oggi convengono gli sforzi della chirurgia, colla certezza di prolungare assai la vita del paziente, una volta riuscito a superare l'ostacolo che si oppone al passaggio del sangue portale nella cava inferiore.

Io non ricorderò perciò che i tentativi fatti ultimamente, coronati da successo, a questo proposito, dispensandomi dal richiamare alla mente tutto quello che si è fatto in passato, giacchè ormai è troppo accertato che nulla ci si può aspettare dall'uso dei diuretici, dei diaforetici e dei drastici.

L'uso prolungato e a dosi elevate del joduro potassico nulla può farci sperare, sebbene molti, anche fra i nostri, come il De-Renzi ed il Semmola ne abbiano fatto lo specifico della cirrosi, affermando di averne ottenuti ottimi risultati. Penso soltanto che l'joduro possa essere utile come un facilitatore del ricambio e nulla più, sebbene l' uso, o meglio l'abuso che oggi se ne fa, gli conferisca tante virtù che non ha, o che, per lo meno, non sono state dimostrate.

Tutto al più una buona ed adeguata dieta lattea — già vantata nel 1831 dal Chrestien nella cura dell'idrope-ascite — aumentando la secrezione orinaria, può diminuire la stasi venosa e quindi in parte impedire l'accumulo del versamento, ma io sono ben lungi dall'attribuire anche a questa cura il merito di guarire la cirrosi, come il De-Renzi ed il Semmola pretendono di aver visto in parecchi casi.

La paracentesi non ha ottenuti migliori risultati: essa non ha potuto alleviare che per qualche giorno le sofferenze degli infermi, poi il liquido ricompariva tanto più prestamente quanto più erano alterate le cellule epatiche.

Intanto l'osservazione ha fatto pensare a qualche cosa di meglio e di più razionale.

Si è visto che quanto più ampie sono le comunicazioni di compenso che si stabiliscono tra il sistema della vena porta e quello della cava, tanto minori sono le sofferenze dell'ammalato, e che perfino una cirrosi del fegato può rimanere completamente latente per un lungo periodo di tempo, appunto perchè un considerevole sviluppo di una circolazione laterale, lo stabilirsi di nuove vie, di scorciatoie toglie l' ingombro della vena porta. Numerose sono le anastomosi che possono stabilirsi fra i rami portali e quelli che si versano nella cava e la natura stessa pensa alle volte a crearne dei nuovi nelle numerose e tenaci aderenze che possono stabilirsi fra il fegato e gli organi vicini. La vascolarizzazione singolare che può stabilirsi in queste aderenze viscero-peritoneali ha fatto appunto concepire l'opportunità d'un intervento chirurgico onde creare — nei casi di cirrosi epatica con versamento — una nuova via collaterale per il sangue della porta.

* * *

Già in passato, e per iscopi diversi, era stata ideata e tentata la comunicazione fra il sangue della porta e quello della cava inferiore. Eck nel 1877 con una difficile ed intricata operazione — ch'io ometto per brevità — afferma di aver ottenuta la comunicazione delle due vene.

Ottennero questa comunicazione, più tardi, lo Stalnikow, l'Hahn ed il Nencki; il primo per istudiare l'influenza del fegato nella economia della circolazione e gli altri le condizioni dell' urina.

Or non è molto il Queirolo, allo scopo di vedere sino a qual punto fosse accettabile la dottrina della funzione attribuita al fegato di distruggere od eliminare le sostanze tossiche contenute nell'intestino, ideò e praticò felicemente un nuovo metodo di comunicazione fra questi due casi.

Queste esperienze però presentano per noi e per lo scopo che ci siamo prefissi, un interesse storico e fisiologico più che pratico, giacchè l' attuazione di una diretta anastomosi fra i rami della porta ed il tronco della cava costituisce una operazione troppo pericolosa per poterla tentare sull'uomo.

Un interesse assai più pratico ce l'offrono però le esperienze del Tilmann, il quale riuscì a mantenere in vita un cane, nel quale dopo aver provveduto ad una circolazione collaterale, col provocare delle aderenze peritoneali (suturando il mesentere in un cul di sacco tra la pelle ed i muscoli addominali e lavando il cavo addominale con una soluzione di sublimato all' $1^{0}/_{00}$); legò poi in una prima seduta le vena mesenterica e, otto giorni appresso, la porta, in vicinanza del fegato; mentre vide a morire molti animali testimoni, ai quali non si era pensato a bella posta di provvedere con un circolo collaterale preventivamente.

* * *

I primi tentativi fatti per provocare delle aderenze peritoneali, in casi di cirrosi con versamento, si devono al Meube (1889) l'uno, e l'altro a Schelkly (1891), ambedue con esito fatale.

Nel 1.° caso la morte avvenne probabilmente per shock operatorio, poche ore dopo l'atto operativo; nel 2° caso solo 15 giorni dopo l'operazione, il paziente, essendosi, in un accesso di *delirium tremens*, stracciato la medicatura, morì per peritonite, quando già s'era formato un bellissimo *caput Medusae*.

Andando per ordine cronologico, il Morison, poi ottenne un esito fortunato in una donna affetta da cirrosi, praticando una incisione mediana tra l'ombelico e la sinfisi pubica, svuotando l'addome del versamento e sfregando rudemente con una spugna la superficie del fegato, della milza e del peritoneo parietale, suturando poi il grande epiploon alla parete addominale.

L'ascite non si riprodusse e la paziente venne a morte solo due anni dopo, avendo dovuto sostenere un nuovo atto operativo, per un'ernia ventrale, insorta nel luogo del drenaggio, ne era stata fatta la prima operazione. All'autopsia si

riscontrarono numerose aderenze molto vascolarizzate tra il fegato, la milza, l'intestino, l'epiplon, ed il peritoneo parietale; inoltre si poteva vedere una ricca rete di vene sotto peritoneali dilatate.

Il Morison in un altro caso di cirrosi, da lui operato, modificando alquanto il metodo primitivo, affine di evitare la produzione di un'ernia, ebbe pure un esito fortunato, qualche tempo dopo Talmo ha pubblicata l'osservazione di un ragazzo di 9 anni, affetto dal male di Bright e da cirrosi atrofica del fegato, nel quale l'ascite si riproduceva ogniqualvolta fu praticata la puntura ed anche dopo una semplice laparotomia, e che è guarito in seguito ad una laparotomia con sutura del grande epiploon e della vescicola biliare alla parete addominale.

Nel Novembre del 1898 il Neumann di Berlino ha operato con buon successo, partendo sempre dai medesimi concetti operatori, una donna ammalata di cirrosi atrofica del fegato con ascite, splenomegalia ed albuminuria. Non sto per brevità a riferire il suo metodo operativo.

Recentemente nella seduta dell'11 Dicembre (1899), alla *società medica di Londra* il Rolleston ed il Turner hanno comunicato due casi di ascite, per cirrosi del fegato, curati chirurgicamente, nei quali, dopo aperto il ventre, vennero sfregati con una spugna e grattati con il cucchiaio, fegato e diaframma; in uno dei casi il risultato è stato buono; nell'altro l'ascite si è riprodotta e persiste malgrado numerose punture.

*
* *

Questi fatti positivi, sebbene ancora pochi, parlano assai in favore del nuovo intervento, se non altro perchè nel maggior numero dei casi, per non dire in tutti, le punture ripetute dell'addome si sono mostrate insufficienti a guarire l'ascite D'altronde poi il nuovo atto operativo - purchè sia praticato con tutte le precauzioni dell'asepsi — non è molto più complicato nè più grave d'una laparotomia esploratrice. Quindi io penso che nulla si deve opporre perchè debba essere tentato, massime quando gli altri mezzi, una volta esperimentati, si sono mostrati impotenti; inoltre la speranza di poter alleviare in parte le sofferenze del paziente e di potergli accordare qualche anno di più di vita, mi pare che debba giustificare pienamente il pericolo che si può incorrere in qualsiasi atto operativo.

Dott. GIOVANNI LUNARDI.

RENDICONTI DI ACCADEMIE E SOCIETÀ

Italia.

SOCIETÀ MEDICO-CHIRURGICA DI BOLOGNA.

Seduta del 22 *Dicembre* 1899. — BOSCHI espone la storia di un caso di *tumore epiteliale primitivo della trachea*, che riguarda un uomo di circa 60 anni che da 8 a 10 anni di tanto in tanto emetteva qualche sputo sanguigno, e da 2 anni aveva vere emorragie. Stato di nutrizione generale buono, non disturbi soggettivi ed oggettivi. Nel settembre sintomi di stenosi tracheale crescente, ed il 29 novembre morte con sintomi di bronco-pneumonite da aspirazione. Alla necroscopia fu trovato un tumore della metà inferiore della trachea che aveva ristretto quest'organo dalla biforcazione bronchiale sino a cinque centimetri al di sopra di essa. Il punto

di maggiore stenosi misurava a stento 7 mm. nel suo maggiore diametro; la porzione anteriore del tratto ristretto era ulcerata estesamente e profondamente. Il tumore si era diffuso all'esterno della trachea avvolgendola quasi completamente, ed aveva acquistati stretti rapporti di vicinanza anteriormente colla faccia posteriore dell'aorta ascendente e dell'arco un poco ectasico, lateralmente coll'arco là dove questo scavalca il bronco. Si trattava di un epitelioma cilindrico proveniente dall'epitelio di rivestimento della trachea e della porzione di sbocco del dotto escretore delle glandole mucipare.

BENDANDI porta un *contributo alla chirurgia del sistema nervoso centrale e del ganglio di Gasser.* Sono quattro trapanazioni per epilessia essenziale ed ebbe sempre miglioramenti temporari. In tre casi di epilessia Jacksoniana ebbe solo una guarigione, un miglioramento, ed in un caso morte in quinta giornata. In un caso di idrocefalo con la paracentesi ebbe morte dopo 24 ore. In un caso di neoplasma del cervello, avvenne la morte per collasso dopo l'esportazione. Guarigione in un caso di emiplegia ed afasia asportando un frammento del tavolato interno conficcato nel cervello. Morte in due casi di meningo-encefalite suppurativa da otite. Morte in un caso di frattura, e guarigione in un altro caso. Morte pure dopo 4 ore dall'operazione in un caso di tumore del cervelletto. Miglioramento in due casi di laminectomia per pachimeningite tubercolare con ascesso alla regione dorsale. In due casi di estirpazione del ganglio di Gasser morte.

*Seduta dell'*11 *gennaio* 1900. — PINI fa una comunicazione *sulla cistite acuta e sulla peritonite blenorragica,* dimostrando come la cistite acuta si abbia solo nel 4,67 % dei blenorragici e sia prodotta dal bacterium coli, dal bacillo del tifo, dallo streptococco piogeno, proteo volgare e bacillo della tubercolosi. Solo Wertheim dimostrò ivi il gonococco, ma per eccezione e capace allora di ledere acutamente la vescica. Crede quindi si tratti di una parablenorragia. Delle peritoniti se ne hanno due varietà: una grave, suppurativa, a prognosi riservata, più frequente nella donna; l'altra più lieve a decorso rapido senza essudato apprezzabile, con esito costante la guarigione. Di questo secondo tipo ne ha riscontrati due casi. Crede che il gonococco da solo non provochi che la peritonite del secondo tipo indicato e che la peritonite suppurativa blenorragica rappresenti una superinfezione.

BERTI presenta un caso di *anomalia congenita della lingua* in una bambina morta di atrofia, nella quale si osserva un solco profondo foggiato grossolanamente a Z e dall'esame ad occhio nudo si vide che la mucosa si prolunga, il che venne confermato dall'esame microscopico; fa notare inoltre la esistenza di papille di lunghezza esagerata fino ad un millim. e mezzo. Il solco ricordato si trova nella regione dorsale e costituisce una lobatura della lingua. POPPI osserva che la lingua originando da due tubercoli distinti, per anomalia potrebbe non essersi verificata la loro completa saldatura. BERTI però nota che il solco si trova troppo in avanti per ammettere la spiegazione.

CALDERINI presenta un'operata di *publotomia* eseguita col filo sega con ottimo resultato immediato e consecutivo.

Accademia Medica-Fisica Fiorentina.

*Seduta dell'*11 *Gennaio* 1900. — Banti. *Splenomegalia con cirrosi epatica.* L'A. riferisce sopra un'ammalata degente nel reparto del prof. Celoni. Causa una febbre alta venutale il giorno stesso non può presentare l'inferma. L'A. dopo aver parlato della splenomegalia con anemia progressiva, dell'anemia splenica, dell'anemia splenica infantile, dell'epitelioma primitivo della milza passa a trattare della splenomegalia con cirrosi epatica (malattia del Banti). L'A. asserisce di avere notato come al periodo anemico succeda un periodo durante il quale i malati hanno disturbi digestivi con urine più ricche di urati e di urobilina e finalmente un terzo con ascite, coi caratteri di ascite per cirrosi epatica. Dopo 5 anni può confermare che in questa malattia il fatto principale è l'ingrandimento della milza e l'anemia; l'anemia dovuta a sostanze tossiche partite dalla milza ammalata, che nel fegato producono le stesse alterazioni dell'alcool. Riferisce di 3 casi di questo genere operati dal Colzi, e di cui 2 guarirono, ed il terzo riguarda una donna che dopo l'operazione ebbe un aborto e ne morì in conseguenza. Presenta i due malati operati e guariti. L'A. quindi in questi casi è condotto a proporre la splenectomia come mezzo di cura, giacchè gli sembra che questo tipo morboso si debba considerare come avente il suo punto di partenza nella milza; l'etiologia resta però ancora molto oscura.

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta del 31 *Dicembre* 1899. — Alessandri fa una comunicazione sulle *conseguenze dell'occlusione dell'arteria renale nell'uomo.* Richiama i risultati da lui ottenuti sperimentalmente nella legatura sia della vena che dell'arteria emulgenti, dai quali risulta che i gravi disturbi determinati nel rene in primo tempo vanno man mano compensandosi sino ad aversi o in totalità o in parte un organo ben conservato e ancora funzionante. Per l'arteria gli esperimenti gli riuscirono positivi pel cane, negativi pel gatto; tanto che nelle conclusioni del lavoro sperimentale egli avvertì di essere prudenti nel riportarle alla patologia ed alla chirurgia umana. Riferisce ora, illustrandolo, un caso di occlusione trombotica dell'arteria renale dell'uomo, capitato al tavolo anatomico, in cui quantunque si trattasse di un cardiaco morto in condizioni di esaurimento progressivo, e l'autopsia fosse fatta 37 ore dopo la morte, l'esame grossolano ed il reperto microscopico confermano punto per punto i risultati sperimentali; mostrando accanto a sezioni di sostanza renale completamente degenerata per infarto anemico ed altre atrofiche per cirrosi interstiziale, alcuni tratti, che corrispondono alle parti superficiali della corteccia e alle porzioni prossime alla base delle piramidi, in cui glomeruli e canalicoli contorti sono ben conservati e in alcuni tubuli vi sono manifestamente accenni di rigenerazione epiteliale. Si crede perciò autorizzato a riportare all'uomo le conclusioni da lui tratte dagli esperimenti sull'animale, e far rilevare la grande importanza di ciò per la fisiopatologia e la chirurgia del rene.

Società Lancisiana degli Ospedali di Roma.

Seduta del 13 *gennaio* 1900. — Parlavecchio. *Ulteriore modificazione al processo proprio per la cura radicale dell' ernia crurale.* L'A. fa la storia del metodo inguinale del Ruggi (1892) nella cura dell'ernia crurale e della sua prima modificazione (1893). Dice che, studiando ulteriormente l'argomento si convinse che l'operazione aveva ancora un inconveniente: infatti in essa il legamento di Falloppio, sulla cui resistenza è imperniata tutta la efficacia radicale del metodo, rimane troppo indebolito e compromesso, perchè è troppo bucherellato da due serie di suture, e perchè queste lo stirano in senso opposto. Per ovviare a questo difetto, nella sua ultima serie di operazioni (nove casi) modificò il processo nella seguente maniera. dandogli un assetto definitivo. Descrive così le sue operazioni: 1.° Incisione dei tegumenti lungo la plica inguinale; 2. Isolamento, riduzione del l'ernia, e resezione del sacco, il cui moncone, legato, si respinge nell' addome, facendogli risalire il canale crurale; 3.° Incisione dell' aponeurosi del grande obliquo dei mm. piccolo obliquo e trasverso, e della faccia trasversale lungo il ligamento di Falloppio ed a $^1/_2$ cent. in sopra di esso, risparmiando i 2 orifizî del canale inguinale. Scollamento del peritoneo in basso ed in dietro sin oltre il legamento di Cooper; 4.° Sutura della parete posteriore del canale inguinale (mm. piccolo obliquo e trasverso, e fascia trasversale) coi legamenti di Cooper, Gimbernat e Falloppio. 5.° Sutura dell'aponeurosi del grande obliquo; 6.° Sutura dei legamenti. Nelle donne, il 4.° ed il 5.° tempo si possono riunire in un solo, cosa che a rigore si può fare anche negli uomini, badando a lasciare nella sua sede il cordone spermatico, spostato in alto. L'O. descrive i particoiari del 4.° tempo; col 1.° punto, il più interno, si perforano da fuori a dentro i mm. piccolo obliquo e trasverso, e la fascia trasversale, indi si prende il ligamento di Cooper, quello di Gimbernat e quello di Falloppio e si assicurano gli estremi del filo (seta grossa) ad una pinza. Col 2.° e 3.° punto si prendono gli stessi elementi, meno il ligamento di Gimbernat. Col 4.° e 5.° punto (coi più esterni si prendono i detti muscoli, l'aponeurosi ed il ligamento di Falloppio. Indi si stringono e si annodano separatamente le singole anse. Questo nuovo processo ha i seguenti pregi sui precedenti: 1.° Rimuove il pericolo, lamentato nel metodo originale del Ruggi, della possibilità di formazione consecutiva di ernia inguinale; 2.° Abbrevia l'operazione riunendo in uno solo due o tre tempi di essa; 3.° Ottiene il perfetto combaciamento dei tre legamenti, senza indebolire quello di Falloppio con troppi buchi e con due serie di suture stiranti in senso opposto; 4.° Addossa i mm. piccolo obliquo e trasverso e la fascia trasversale all'orifizio superiore del canale crurale, il quale ne resta come foderato e di molto rinforzato; 5.° Rende l'operazione più sistematica, più logica, più svelta e più elegante. Nei nove casi così operati l'O. ebbe risultati buonissimi.

E. Maselli. — *Quattro laparotomie per traumi.* L'O. giustifica la comunicazione sua alludendo alla necessità che ogni chirurgo debba rendere di pubblica ragione i risultati ottenuti nelle laparotomie per traumi, onde convincere dell'errore loro quei pochi reazionarii che esistono ancora oggidì. Laparotomia I. Riguarda un individuo di 16 anni con ferita da punta

e taglio alla regione epigastrica lungo la parasternale destra, lunga centimetri 2 1/2 con discreta fuoriuscita di sangue. Dopo 2 ore si pratica la laparotomia, non si riscontra lesione alcuna dei visceri addominali, solo venne praticata la escisione e la sutura di un tratto di omento sanguinante. La sutura addominale viene fatta a stenti e l'ammalato guarito per primam, esce al 15.° giorno.

La seconda laparotomia riguarda un giovanotto di 24 anni che fu ricoverato all'ospedale con una ferita da punta e taglio nella regione ombelicale destra, lunga 3 cent. circa, penetrante in cavità con fuoriuscita di un piccolo tratto dell'epiploon. Intervento due ore dopo con laparotomia, resezione del tratto di epiploon erniato; sutura a strati delle pareti. Esce dall'ospedale guarito al 15.° giorno. La terza laparotomia riguarda un uomo di 68 anni, che presentava una ferita da taglio alla regione alta dell'ipocondrio sinistro, tra la linea ascellare anteriore media lunga 5 cm. profonda, in cavità toracica e penetrante in cavità peritoneale. Pratica la resezione sotto periostea dei monconi delle 2 costole recise e attraverso la ferita diaframmatica opportunamente ampliata, riscontrata l'integrità viscerale, si procede alla sutura. L'ammalato muore al 7.° giorno dell'atto operativo e la necroscopia conferma la diagnosi di polmonite fibrinosa al lato di destra, senza lesioni dei visceri addominali. Il quarto caso riguarda un giovinotto di 24 anni che presentava una ferita d'arma da fuoco alla regione ipocondriaca sinistra, un po' in fuori della linea mamillare, in corrispondenza della settima costola. Rimosse le schegge ossee, e praticata la resezione sottoperiostea della costola ferita, l'O. potè constatare la penetrazione in cavità addominale per la fuoriuscita di un pezzo di omento. Praticata poscia la laparotomia, si verificò sulla parete anteriore dello stomaco una ferita estesa quanto una moneta da due centesimi. Praticata la recentazione dei margini di detta ferita e la sutura alla Lembert con doppio strato della sierosa fatta la toilette peritoneale con grossi tamponi di garza sterilizzata, l'O. pratica la sutura delle pareti. L'ammalato guarì per primam, se si eccettua una lieve suppurazione data dalla costola fratturata. L'O. quindi prende occasione da questi pochi casi per concludere come anche fuori dei grandi ospedali si possa e si debba intervenire nelle ferite penetranti nell'addome e che il precetto dell'intervento precoce nell'aprire l'addome, esplorare i visceri consecutivi e curare le lesioni riscontrate, dato oggi dalla unanimità dei chirurghi sia completamente giustificato.

Parlavecchio si rallegra con l'O. e nel tempo stesso fa un cenno di alcuni casi incontrati nella sua pratica.

Mazzoni osserva come nel caso in cui si avea emorragia dell'omento, l'intervento dovesse dirsi non solo esplorativo e perciò esso aumenti di importanza. Il Presidente ed il Rossoni si congratulano con l'O. per la sua attività chirurgica e fanno voti affinchè sia migliorato l'insegnamento clinico pratico nelle Università.

Austria.

I. e R. Società di Medicina di Vienna.

Seduta del 12 *gennaio* 1900. — Weinlechmer. *Cisti dermoide del pavimento orale.* L'A. riferisce sulla estirpazione di un tumore che interessa

tutta la regione del mascellare inferiore destro; desso tumore era costituito da una massa ateromatosa priva di peli, e alcun elemento della cute si riscontrò nel sacco.

WEINLECHMER. — *Rottura del rene.* L'A. riferisce il caso di estirpazione con ottimo successo, di un rene che subì una rottura in seguito ad una caduta sul ventre.

WEINLECHMER. — *Frattura vertebrale e fistola vescico-rettale.* Il caso riguardava un individuo che era caduto da ben quattro metri di altezza. Desso presentava fratturate l'ultima dorsale e le due prime lombari, con conseguente cifosi in questa regione. Esisteva paralisi vescicale, e l'urina usciva a 12 cent. al di sopra dello sfintere anale del retto attraversando un tessuto di granulazione.

In seguito alla guarigione operativa della fistola, si ebbe anche notevole miglioramento circa la paralisi del detrusore.

R. HITSCHMANN. — *Esoftalmo intermittente.* L'A. riferisce su un individuo di 23 anni presentante uno struma che giunge fin sotto al manubrio sternale. Si notano inoltre tumori compressibili risultanti di reti vasali e che si possono svotare mediante la compressione, al lato destro del collo, della lingua e del palato duro, nonchè alla guancia sinistra. Presenta esoftalmo all'occhio destro e mentre ordinariamente il vertice della cornea dista dalla sinistra di 9 mm. colla compressione della giugulare destra giunge fino a 15 mm. Le pupille mostransi arrossate e con dilatazione vasale. L'A. attribuisce il fatto all'impedimento causato al deflusso sanguigno per parte dello struma sottosternale.

Francia.

ACCADEMIA DELLE SCIENZE DI PARIGI.

ROUX rende conto delle sue esperienze sul *tetano.* Proseguendo le ricerche di Behring insieme a Borrel ha iniettato direttamente nel cervello dei tetanici una tossina immunizzante. Curati così venticinque ammalati pare che abbiano ottenuto un resultato soddisfacente.

ACCADEMIA DI MEDICINA DI PARIGI.

Seduta del 23 *gennaio* 1900. — LUCAS-CHAMPIONNIÈRE parla degli *ascessi del fegato a lungo decorso* e dimostra che nei nostri climi si osservano gli ascessi del fegato che per lungo tempo sono latenti e si manifestano ad un momento dato sotto un'influenza qualsiasi, mentre che nei paesi caldi, l'evoluzione degli ascessi è rapida. A questo proposito cita un caso in un uomo di 32 anni che aveva fatto il suo servizio ad Oran senza grandi fatiche. Dopo un anno fu colpito da dolori violenti all'epigastrio; poi tregua per due anni, e dopo alcuni mesi nuova crisi dolorosa e con itterizia. E poi altre crisi sempre più violente. Con una puntura vennero estratti 500 gr. di pus: squarciato l'ascesso previa resezione di due coste e lavatura con acqua ossigenata il paziente è in via di guarigione.

GNENIOT cita un caso di *tumore lacrimale congenito* di grande rarità.

Società di Chirurgia di Parigi.

Seduta del 10 *gennaio* 1900. — È la prima Seduta che ha luogo nel nuovo locale in Rue de Seine, n. 12.

Delbet parla dell'*adenopatia nel cancro dello stomaco* e dice che non può a meno nel cancro di aversi invasione gangliare se si pensa che il cancro epiteliale consiste in un'ipergenesi ectopica di cellule epiteliali, che permette loro di vivere in pieno tessuto connettivo, in seno pure degli spazî linfatici da dove guadagnano, per una via tracciata, i ganglî carrispondenti. Questo fatto, per delle cellule, di vivere così in seno a spazî linfatici è anche speciale al cancro epiteliale, e va incontro alla teoria parassitaria del cancro. In ogni modo l'invasione dei ganglî è sempre precoce nel cancro, ma questa precocità varia a seconda degli organi. Accade talora che il tumore gangliare acquista un volume più considerevole del tumore primitivo; si tratta di forme molto maligne.

Per ciò che riguarda lo stomaco si possono osservare queste forme ad adenopatia predominante. Ha osservato un caso nel quale questa era tale da pensare ad un tumore del rene: l'operazione permise di riconoscre un cancro della grande curva dello stomaco, che aveva dato luogo ad un tumore dell'epiploon dieci volte più grande del tumore del ventricolo. Tuffier dice che bisogna sforzarsi di estirpare tutti i ganglî che si trovano; ma, malgrado tutto, si può vedere il cancro recidivare nei ganglî. Sono due anni che operò di pilorectomia una donna per cancro, ed estirpò tutti i ganglî. Recidiva dopo due anni, e rioperata trovò un tumore ganglionare che contornava la nuova bocca stomacale.

Quenu parla sulla *cura delle cisti idatiche con la sutura* e dice che volendo constatare il valore del metodo di Delbet, l'ha tentata in cinque casi, dovendo aggiungere però in due il drenaggio consecutivo per la febbre, e lo scolo di bile comparsi. Dai suoi casi desume che la sutura della ciste non debba usarsi che con grande riserva. Conviene tenere conto dello stato generale del soggetto e specialmente di quello locale delle vie biliari perchè l'infezione secondaria è sempre a temersi, anche con la tecnica più perfezionata. La sutura dev'essere riservata ai casi semplici, ed allora si contenta della sutura senza *capitonnage.* Hartmann ricorse al processo di Delbet in due casi e la guarigione fu rapida. La sola cosa a temersi sarebbe di lasciare nella sacca una piccola idatide. Kirmisson in un ragazzo con una grossa ciste eseguì un'incisione paraliela alle false coste, spaccò la sacca ed esportò con due pinze la membrana fertile. Pose due drenaggi che furono tolti dopo dieci giorni. Pensa che la marsupializzazione sia una operazione più sicura di quella del Delbet. Gerard Marchant dice che i rimproveri mossi da Delbet all'operazione classica e cioè lentezza della guarigione, accidenti febbrili, suppurazione, scolo di bile e di sangue, fistole inesauribili lo convinsero facilmente e provò il processo nell'ottobre ultimo. Si trattava di una recidiva in una malata che aveva di già operata da dieci anni. Fece il *capitonnage*, malgrado le difficoltà; la sacca essendo stata ben chiusa, ripose tutto. Il resultato fu eccellente, e la malata lasciava l'ospedale dopo tre settimane.

Pothérat a proposito della *cura tiroidea nelle fratture* dice che vi è ricorso in due casi, sommistrando 0,60 centigr. al giorno di tiroidina. Du-

rante quattro settimane nessun miglioramento: ma nei venti giorni consecutivi guarirono del tutto.

Picqué legge un rapporto: 1.° su di un caso di Izumbert che riguarda una *ciste congenita della tiroide;* 2.° di un caso di Billot su di una *lussazione dell'atlante sull'axis* senza lesioni midollari, confermata dalla radiografia; 3.° di un lavoro di statistica di Brousse; 4.° di un caso di Rochard di *forcella* da capelli caduta in vescica ed estratta dalle vie naturali.

Kirmisson presenta una bambina operata per *anchilosi dell'articolazione temporo-mascellare* consecutiva ad un'artrite post-scarlattinosa. Il resultato è buono, ed apre bene la bocca.

Vlauss parla di un caso di *ciste ovarica* che simulava una gravidanza ectopica. Fu fatta la laparotomia tardiva ed avvenne la morte immediata.

Reynier presenta un caso di *angioma linfatico* in un ragazzo di 9 anni, raro a presentarsi.

Routier parla su di un caso di *calcolo dell' uretra;* la morte avvenne dopo estratto il calcolo, per uremia.

Picqué e Dide hanno un caso di *frattura della colonna vertebrale seguita da monoplegia dell' arto inferiore destro;* e per ultimo Reynier un caso di gravidanza extra-uterina.

Seduta del 17 *gennaio* 1900. — Pothérat parla sulla *cura chirurgica delle cisti idatiche del fegato* e dice che dieci anni or sono si era pronunciato per l'ampia apertura di queste cisti dopo la laparotomia, per la marsupializzazione. Da allora in poi il metodo si è generalizzato e si hanno dei successi, e Delbet vi ha aggiunto il *capitonnage* e dice che deve essere questo mezzo preferito agli altri che espongono a pericoli. Questi però sono esagerati, perchè la marsupializzazione eseguita antisetticamente e con larga spaccatura della cisti dà rapide guarigioni. Ed anche le colorragie sono ora meno frequenti. Non parla dei casi complicati da apertura nei bronchi e negli organi vicini. Non crede poi che si debbano del tutto bandire le iniezioni parassiticide, le quali possono essere utili e non pericolose. Ha vedute guarigioni appunto col liquore di Van Swieten. Bazy contro il *capitonnage* aveva obiettata la difficoltà di ottenere un accollamento perfetto delle pareti e l'inapplicazione alle grandi cisti toraco-addominali. Delbet dice che tale accollamento perfetto è inutile. In quanto ai pericoli con gli altri mezzi, ricorda due casi di suppurazione dopo la puntura accuratamente eseguita. Brun accenna che Bouglay aveva inviata la storia di un caso, nel quale le sacche essendo due, resecò il setto e trasformò le due cavità in una sola; e poi fece il *capitonnage* ottenendo una rapida guarigione. Egli però ha sempre eseguita la marsupializzazione, e la guarigione è stata sempre molto ritardata.

Reynier riporta due casi di Buffet di *gangrena erniaria:* in un caso fece la resezione ed enterorrafia con ottimo resultato; e nell'altro creò un ano contro-natura, concludendo da ciò che non conviene sempre tenere la medesima via nella cura.

Loison presenta un caso di *fenomeni settici post-appendicitivi* e cioè ascessi nel bacino e sotto il diaframma che reclamavano atti operativi compresa la resezione di una costa. Routier ha veduto un caso analogo. Ricard ha osservati dei gangli linfatici suppurati che partendo dalla regione cecale in

un malato che era stato operato di estirpazione dell'appendice andavano verso la colonna vertebrale. MICHAUX vide un caso analogo. TUFFIER osserva che bisogna fare delle suddivisioni, perchè oltre le raccolte peri-epatiche sotto-diaframmatiche si hanno talora delle suppurazioni a distanza di origine appendicolare. BRUN cita un ascesso costale che dovè incidere dopo della appendicectomia a freddo. POIRIER domanda a Loison se estirpò l'appendice, e LOISON risponde che non potè trovarla e si astenne dal rompere le aderenze per non provocare una infezione peritoneale. Crede che l'ascesso diafragmatico dipendesse dal fegato. POIRIER non teme di distruggere le aderenze.

DELBET ricorda un caso di *frattura dell'ovaio* con morte nel coma.

REYNIER a proposito del caso di *linfangioma* stato da lui comunicato dice che l'esame istologico ha dimostrato trattarsi di un linfangioma semplice e non di un adeno-linfocele.

CHARASSE parla sulla operazione dell'*anchilosi temporo-mascellare*.

QUENU presenta una giovinetta cui ha eseguito una estesa *autoplastica della faccia*.

Seduta del 24 *gennaio* 1900. — MARCHANT fa una comunicazione sulle *adeniti pre-cecali* riferendo su tre casi da lui osservati, e nei quali l'adenite era probabilmente di origine tubercolare e senza che l'appendice apparisse in causa. JALAGUIER in un grande numero di appendicectomie a freddo non ha trovato che una sola volta un ganglio, che aveva sede in corrisponsenza dell'angolo ileo-cecale. L'esame fu negativo dal punto di vista della tubercolosi. Crede che i linfatici ed i gangli nell'appendicite sieno sempre colpiti, e che se anche non si trovano alterazioni nell'appendice non si può ammettere che le appendiciti anteriori non abbiano portato degli effetti sui gangli della regione ileo-cecale.

QUENU parla sulle *para-appendiciti* che sono delle varietà di peritoniti parziali. Non vi è lesione dell'appendice, ma possono riconoscere per causa una adenite peri-cecale, o diverse alterazioni della mucosa intestino-cecale. Ricorda un caso, e dice che crede questi fatti più frequenti di quello che non si creda. In due casi di Guinard e Bazy vi erano perforazioni intestinali e le ha osservate anche lui. In questi casi non bisogna contentarsi di asportare l'appendice.

CHAUVEL a nome di PUYJADOUX riferisce sul *flemmone diffuso e l'acqua ossigenata*. Narra la storia di un malato, nel quale malgrado numerose incisioni le condizioni locali erano poco soddisfacenti, quando con l'acqua ossigenata ha potuto arrestare completamente il decorso della malattia. TERRIER ha veduti gli effetti dell'acqua ossigenata nei flemmoni gangrenosi e nelle ferite delle appendici che presentarono la stessa complicanza. Crede che agisca sulle lesioni settiche ed in specie nelle ferite contenenti degli anaerobi. CHAMPIONNIÈRE la considera come uno dei più potenti antisettici, e già ha citati numerosi fatti in appoggio dell'azione distruttiva di questo liquido. JALAGUIER ha pure constatato i vantaggi di quest'acqua in casi di suppurazioni gangrenose appendicolari. TERRIER replica che l'acqua ossigenata è buona, ed altrettanto CHAMPIONNIÈRE senza preoccuparsi della teoria. ALBARRAN l'ha usata molto utilmente nelle gangrene di origine orinaria, esercitando la sua azione sui microbi anaerobi. QUENU ne ha

riscontrati i vantaggi nei flemmoni consecutivi alla estirpazione del retto, e crede che possa servire come mezzo di disinfezione della maggiore parte delle ferite settiche.

TUFFIER osserva che non possiamo servircene nelle piaghe polmonari, ma può essere sostituita dalle correnti di ossigeno facendo sparire la fetidità delle gangrene polmonari.

LOISON presenta delle *radiografie di fratture dei metatarsi* con le quali assevera la bontà del mezzo diagnostico: ma MAONOURY, BAZY e BERGER contestano l'affermazione.

TERRIER presenta una giovanetta con un voluminoso *linfangioma congenito* della regione lombare; KIRMISSON un operato da 36 anni di *amputazione dalla Chopart.*

QUENU presenta un malato, al quale ha *esportato un cancro del retto* da cinque anni: POTHÈRAT cita un caso di sopravvivenza da sette anni; LE DENTU un altro da nove anni, e RECLUS da undici anni.

DELORME presenta un giovine in ottime condizioni al quale da otto mesi *escise la mucosa rettale per noduli emorroidali;* MORESTIN un'operato di *amputazione inter-scapulo-toracica*, ed un'altro di *laparotomia per peritonite perforativa,* e SOULIGAUX uno per *strangolamento erniario.*

Seduta del 31 *gennaio* 1900. — Seduta solenne annuale.

SOCIETÀ DI CHIRURGIA DI LIONE.

Seduta del 4 *gennaio* 1900. — JABOULAY fa una comunicazione nella *cura della lussazione congenita dell'anca con la trasposizione delle ossa iliache nell'adolescente e nell'adulto.* L'operazione proposta consiste: 1.° resezione della sinfisi pubica, o dei due pubi in caso di lussazione bilaterale, di un solo pube e del pube corrispondente in caso di lussazione unilaterale; 2.° apertura di dietro in avanti delle due articolazioni sacro-iliache; incisione del legamento posteriore, del legamento superiore, del legamento interosseo, per la doppia lussazione, dell'articolazione sacro-iliaca corrispondente in caso di lussazione unilaterale; 3.° proiezione in avanti ed in dentro delle due ossa iliache o di un solo, e mantenimento in questa posizione con una cintura. Presentando due malati dimostra come questa mobilizzazione delle due ossa iliache non è stata pericolosa ed anzi di incontestabile utilità per il paziente.

Germania.

SOCIETÀ DI MEDICINA INTERNA DI BERLINO.

*Seduta dell'*8 *Gennaio* 1900. — ZABLADOWSKI fa una comunicazione sulla *kinesiterapia* ed osserva che la cura meccanica delle paralisi non potrà volgarizzarsi che alla condizione di non reclamare un grande numero di apparecchi, e di più che questa cura non debba mai essere istituita prima che il periodo acuto dell'affezione sia terminato. Ricorda che non bisogna limitarsi a fare eseguire dei movimenti passivi ed attivi agli arti paralizzati, ma ancora alle estremità sane, in modo da rinforzare l'energia volontaria. Allo scopo di facilitare i movimenti degli arti paralizzati Goldscheider

consiglia di mettere i malati per più ore in un bagno caldo. Questa pratica che offre, senza dubbio, dei vantaggi, pres nta pure l'inconveniente di esporre a tutti i raffreddamenti. Tutte le maniere di massaggio debbono essere usate nel tempo stesso che la kinesiterapia propriamente detta per ristabilire le funzioni degli arti paralizzati.

Litten riferisce su di un caso di *actinomicosi del fegato* in una donna di 35 anni, e che aveva una piccola fistola in corrispondenza dell'ombelico e dalla quale usciva un liquido sanguinolento contenente delle actinomices. La diagnosi fu controllata alla necroscopia.

Seduta del 15 *Gennaio* 1900. — Leyden presenta un voluminoso *aneurisma dell'aorta* che determinò la morte per compressione del bronco sinistro. Non crede che fosse dovuto alla sifilide. Furono provate senza successo le iniezioni di gelatina. Fränkel ricorda l'importanza del segno di Olivier che è comune a tutti i tumori, che hanno sede tra l'arco dell'aorta ed il bronco, e cioè un abbassamento della laringe sincrono con le pulsazioni dell'aneurisma. La dispnea espiratoria può spiegarsi con la tumefazione della mucosa bronchiale in corrispondenza del punto della compressione; in quanto alla retrazione unilaterale del torace era probabilmente la conseguenza di un'inflammazione cronica indurativa del polmone. Crede che molti di questi aneurismi sieno di origine sifilitica. Due volte ha avuti buoni resultati con le iniezioni di gelatina. Leyden osserva che nel caso presente il polmone era intatto e che la retrazione del torace si trovava piuttosto in rapporto con la dispnea.

Benda presenta un caso di *ernia diafragmatica* in un ragazzo di otto anni.

Inghilterra.

Società Clinica di Londra.

Seduta del 12 *Gennaio* 1900. — J. Hutchinson. *Resezione sottoperiostea completa del calcagno.* Presenta un giovane di 17 anni, al quale venne praticata una resezione sottoperiostea completa del calcagno per osteomielite. Esito ottimo, solo residuò una retrazione dell'alluce. Hebert Pace nota che detto atto operativo fu praticato già nel 1840 da suo padre. Hutchinson dichiara non già di reclamare l'originalità, ma solo di enunciare il caso per la sua rarità.

Lunn. — *Lussazione congenita dell'anca destra.* L'O. presenta un bambino di 5 anni con una lussazione congenita dell'anca destra ed uno schiagramma del caso.

Chartes Symonds. — *Tumore tiroideo maligno operato in due volte.* L'A. riferisce di una donna in cui intervenne due volte sulla tiroide per un tumore del lobo sinistro. Ne residuò una paralisi della corda vocale sinistra. Barker nota che i tumori maligni della tiroide hanno per lo più un decorso cronico, e cita un caso, a lui occorso di vedere, della durata di 18 anni. Symonds narra di aver osservati due casi uno che durò 10 anni, ed il secondo due mesi.

Jackson Clarke. — *Anchilosi dell'articolazione temporo-mascellare.* L'O. riferisce di una ragazza di 8 anni in cui da 3 anni in seguito ad infezione

di scarlattina con difterite erasi manifestata anchilosi dell'articolazione temporo-mascellare. Rimossa la parte ossificata, la motilità venne tosto ristabilita. Barker attribuisce l'esito non buono di questa operazione al decorso non asettico.

Eve. — L'A. riferisce di un caso di *artrectomia del ginocchio per tubercolosi* e in cui risultò possibile ancora il movimento fino all'angolo retto. Symonds dichiara di avere praticato lo stesso atto operativo sei anni fa e come ora l'infermo presenti nuovamente dolorabilità al ginocchio. Hutchinson dichiara di avere ottenuto fino 30 gradi di flessione, ma di preferire nei casi di lesione molto estesa, di avere un'anchilosi.

Eve presenta un giovane in cui in seguito a trauma si sviluppò un *sarcoma mieloide del radio*, e in cui si dovette esportare il terzo inferiore del radio e dell'ulna, con accorciamento di molti tendini.

Barker presenta un uomo al quale per *epitelioma della lingua*, gli venne esportata cinque anni fa, e non presentante fatti di riproduzione.

Barker mostra un uomo in cui l'esame schiografico dimostrò l'esistenza di una *frattura di rotula* malgrado non vi avesse preceduto alcun trauma.

Società Medica di Londra.

Seduta dell'8 Gennaio 1900. — Mansell Moullin ha avuta due volte l'occasione di eseguire l'*escisione di vescichette seminali tubercolari* per propagazione di processo iniziatosi nell'epididimo. Fu sempre asportato il testicolo malato, e poi in posizione di cistotomia, posta allo scoperto col processo di Zuckerkandl la faccia inferiore della prostata e la base della vescica, dissecò la vescichetta ed il canale ejaculatore. In un caso fu abbandonata una porzione di canale deferente: nell'altro il canale deferente fu completamente asportato. Emorragia minima nei due casi. Zaffamento o sutura dello sfintere esterno al centro tendineo. Guarigione senza complicanze in un caso, e fistola nell'altro che si chiuse con lieve ritardo. Swinford Edwards ritiene l'operazione difficile e pericolosa e si domanda se si potrebbero assalire dalla via sacrale.

Gard comunica la statistica riguardante la *cura dei fibro-miomi uterini*. Sono 47 casi curati con l'isterectomia addominale con cura intraperitoneale del peduncolo, che ha dato un solo caso di morte per emorragia secondaria. In quattro casi esisteva anche piosalpingite uni- o bilaterale. In un solo caso fu fatto il drenaggio. La sola difficoltà si trova nelle aderenze. Blacker in un caso per questa ragione non potè asportare il tumore.

RIVISTA DEI GIORNALI DI CHIRURGIA

Archivio di Ortopedia, n. 4, 1899.

Codivilla — *Sui trapianti tendinei nella pratica ortopedica*. Comunicazione alla Società Italiana di Chirurgia (Vedi Clinica Chirurgica pagina 862 del 1899).

Bossi Pietro. — *Nuovi sistemi di ginnastica Medico-Meccanica* (Lavoro in corso di pubblicazione).

Salaghi Mariano. — *Malformazioni della rachide e contenuto e loro cure* (Lavoro in corso di pubblicazione).

Archivio Italiano di Ginecologia, n.° 6, dicembre 1899.

Colombini Pio. — *Ricerche batteriologiche e semeiologiche sulla bartolinite.* Le conclusioni che trae sono le seguenti: 1.° La bartolinite può essere di natura blenorragica e di natura non blenorragica; 2.° La prima è più frequente della seconda e dalle mie ricerche sarebbe questa rappresentata da $^1/_3$, quella da $^2/_3$ dei casi; 3.° Nella bartolinite blenorragica non è costante, al momento dell'esame, la presenza del gonococco di Neisser. Quando esso vi si riscontra è generalmente associato allo stafilococco aureo ed albo e più frequentemente a quello che a questo; 4.° Nelle bartoliniti consecutive a blenorragia in cui non si nota presenza di gonococco, e nelle bartoliniti non blenorragiche si osservano di regola i comuni piogeni; 5.° Tutte le cause che sono state ritenute provocatrici della bartolinite (traumi, professioni, ecc.), non debbono essere ammesse che quali cause occasionali, ma non necessarie, favorenti lo sviluppo tanto della forma blenorragica, che della forma piogenica comune; 6.° L'esame istologico della glandola escissa mostra una infiltrazione embrionaria pericanalicolare e una proliferazione abnorme dell'epitelio dei condotti escretori e successivamente la formazione di ascessi all'intorno dei canalicoli della glandola.

Trovati. — *Del sarcoma muco-cellulare carcinomatoso dell'ovaia secondo Krukemberg.* Nello studio di un caso deduce: Dal lato clinico; la neoplasia si sviluppò in una vergine nella seconda metà della vita. L'origine della malattia, per quanto si può desumere dall'anamnesi, è remota, il suo decorso assunse un'improvvisa rapidità alcuni mesi prima dell'esito fatale. Dal lato anatomico: l'organo neoplastico ha un modesto sviluppo, è accentuata invece e vasta la diffusione per la rete linfatica, tuttavia le tube si mantengono illese. Mancano i dati per giudicare di una metastasi per le vie sanguigne. Dal lato istologico: l'esame fornisce una completa corrispondenza coi risultati ottenuti dal Krukemberg, di più risultano dati positivi per stabilire che il tumore appartiene al gruppo degli endoteliomi linfatici.

Bossi. — *Sulle retrodeviazioni dell'utero in gravidanza.* Numerosi casi clinici lo autorizzano ad affermare, che il ridurre l'utero in posto ed applicare adatto pessario in puerperio non offre alcun inconveniente, ed all'incontro intervenendo in tempo, e cioè dall'ottavo al ventesimo giorno, si otterrà quasi sempre una radicale guarigione di questa lesione.

Archivio Italiano di Otologia, Rinologia, e Ginecologia, Fasc. 3.° gennaio 1900.

Ferreri. — *La tubercolosi delle prime vie respiratorie in rapporto all'igiene scolastica.* È un utile lavoro di igiene.

Rimi i. — *Colosteatoma dell'orecchio sinistro: grave complicanza endocranica.* È un' importante storia clinica.

Ferrara. — *L'acido sozoiodolico nelle miringiti croniche semplici o complicate ad otiti medie iperplastiche.* Afferma che i risultati ottenuti sono incoraggianti.

Biaggi. — *Sulla balbuzie frusta.* Sono delle forme involute, nelle quali però non si devono comprendere quelle forme lievi residuanti a difetti più gravi, poichè queste costituiscono i postumi della balbuzie, Nella balbuzie

è necessario tenere calcolo di una doppia sindrome; motoria e psichica, la quale non manca mai, per quanto l'una possa prendere il sopravvento nell'altra.

FARASI. — *Nuovo apparecchio per la cura delle varie sinusiti della faccia.* Ad un manico con un rigonfiamento quadrangolare vengono fissate le varie cannule: in basso vi è un piccolo tubo imbutiforme ove viene introdotto l'estremo di una siringa che deve spingere il liquido da medicatura e nel mezzo un rubinetto che serve al passaggio nel seno del liquido da iniettare.

CANETTA e BIAGGI. — *Gli esercizi acustici nella cura della sordità e del sordomutismo.* Relazione dell'Istituto di Milano.

ARSLAN. — *Casistica clinica.* Casi rari.

RECANATESI. — *Sopra tre casi di microfibromi naso-faringei operati con metodo rapido.* Si è servito dell'uncinetto coanale del Lange con molta soddisfazione. Consiglia di estirpare presto perche questi tumori possono degenerare in maligni.

Annals of Surgery, N.° 1, Gennaio 1900.

HAWEY. — *L'impiego dell'anestesia locale nella cura radicale di certi casi di ernie con una nota sull'anatomia nervosa della regione inguinale.* L' A. ha esperimentato per la prima volta nel dicembre 97 l'anestesia locale colla cocaina nelle operazioni di ernia. In due anni ha fatto 283 erniotomie collo stesso metodo in quei casi in cui era controindicata o non voluta l'anestesia generale.

Espone quali sono le condizioni che fanno preferire l'anestesia locale, aggiunge inoltre che nel servizio del dott. Holsted furono praticate due operazioni alla cocaina e di queste molte importantissime, quali laparotomie, gastrostomie, appendicectonie, ecc. Riferisce di 30 casi di ernie e di alcuni da una narrazione dettagliata per la speciale difficoltà, dividendoli in due gruppi, uno dove l'operazione era d'elezione ed un altro in cui era di necessità; termina con alcune osservazioni bacteriologiche sui risultati ottenuti ad impedire infezione della fistola con la dieta sterilizzata. Segue un accurato studio con molte illustrazioni dimostrative sulla distribuzione dei nervi della regione inguinale dal punto di vista dell'anestesia cocainica.

La soluzione, secondo l'A., migliore è all'1 per $^{0}/_{00}$ e le soluzioni superiori oltre a dar fenomeni tossici impediscono la sterilizzazione perfetta del campo. La soluzione Schleich sarebbe superiore anche alla cocaina β.

RUSSEL'S FOWLER. — *Amputazione interscapolo toracica.*

In questa prima parte del suo lavoro l'Autore, dopo aver ricordate le storie della amputazione interscapolo-toracica dopo che Berger per primo la propose nel 91, fa uno studio sulle sue indicazioni, sui metodi operativi, sui vantaggi e pericoli (emorragia, setticoemia, entrata dell'aria nelle vene) e complicazioni.

Segue un sunto di tutti i casi sino ad ora pubblicati (72) di cui uno dell'A. Tutti questi casi sono poi analizzati minutamente in rapporto alle varietà di tumori che provocarono l'operazione, alle mortalità e ai risultati finali. Segue il sunto dei casi delle amputazioni interscapolo-toraciche atipiche con esportazioni della clavicola.

H. O. MARY. — *Note sulla mortalità di ernia incarcerata.* Due casi.

A. SCHACHNER. — *Il moderno proiettile di piccolo calibro sotto l' aspetto*

chirurgico. Dopo uno studio accurato delle ricerche e opinioni dei vari autori sulle ferite delle moderne armi da fuoco, sui diversi caratteri delle ferite stesse giunge ad una serie di conclusioni di cui le più interessanti sono che il massimo dell'azione esplosiva ha luogo quando il colpo è tirato da 400 a 600 yards, da 800 a 1200 la forza esplosiva è piccola od abolita ed il foro d'entrata e quello d'uscita sono piccolissimi, che l'azione rotativa del proiettile può continuare anche dopo le sue penetrazioni e che alcuni dei caratteri speciali della ferita è forse dovuta a questo fatto.

J. Bullitt. — *Tumori ovarici mostruosi.*

Riporta i casi della letteratura (23) di tumori enormi delle ovaie, ne aggiunge uno osservato dall'A. e dal dott. Cartledge in cui la donna rachitica ed il tumore insieme pesavano 400 founds. Conclude: L'aspirazione preliminare seguita dall'asportazione dopo pochi giorni non è apparentemente più sicura che l'asportazione immediata: La marsupializzazione è controindicata nei tumori mostruosi: se la morte avviene subito dopo l'operazione è dovuta allo schok: se il primo pericolo è passato, allora l'esito fatale può essere dovuto a occlusione dell'intestino specie quando le aderenze sono multiple.

Jelton Horsley. — *Un caso di fistola vescico-uretro-vaginale.* Riporta il caso.

Revista de Chirurgie, N.° 12, Dicembre 1899.

Jonnescu. — *Studio clinico e sperimentale sulla splenectomia.* Lavoro comunicato al Congresso Francese di Chirurgia e rivistato a Pag. 875 della Clinica Chirurgica del 1899.

Jonnescu. — *Cura chirurgica gastrica.* Comunicazione al Congresso Francese di Chirurgia (Vedi Clinica Chirurgica Pag. 874 del 1899).

Jonnescu. — *Un caso di aneurisma delle ossa* (Vedi Clinica Chirurgica Pag. 872 del 1899).

Jonnescu. — *Isterectomia addominale totale* (Vedi Clinica Chirurgica Pag. 870 del 1899).

Staicovici — *Tenosite sierosa primitiva di origine reumatica.* Sono due osservazioni cliniche.

Joritzu e Mihailescu. — *Diagnosi esatta dei corpi stranieri con i raggi X.* Osservazione clinica.

Revue de Chirurgie N.° 1 Gennaio 1900.

Berger. — *Degli endoteliomi delle ossa.* È un osservazione rarissima della quale è importante riassumere l'esame istologico: « non ha che l'apparenza del carcinoma; non può essere raggruppato fra gli epiteliomi. In alcuna parte vi sono alveoli propriamente detti; le cellule che sono contenute nelle maglie non hanno alcuno dei caratteri delle cellule epiteliali. Il loro protoplasma è incoloro, il loro necleo è chiarissimo, e non si riproduce mai per cariocinesi. La cellula ricorda piuttosto il tipo della cellula connettivale, e, in particolare, della cellula endoteliale quando si tumefà. Si tratta certamente qui di un tumore di origine mesodermica. Non è però un volgare sarcoma; la forma delle cellule, la disposizione dei capillari non si vedono nei sarcomi ». Si tratta quindi di un tumore della varietà degli endoteliomi e periteliomi.

Terrier. — *Dell'appendicite.* È una Lezione, nella quale sostiene come unica cura razionale l'intervento cruento.

FERÈ. — *Degli accidenti dell'accesso epilettico collegati alla contrazione muscolare.* È un contributo alla patogenia delle ernie vere del muscolo tibiale anteriore, che ritiene vere anomalie di sviluppo che costituiscono le condizioni più evidenti della predisposizione morbosa.

BLOCH. — *Dell'uso più ristretto dell'anestesia generale.* Studia specialmente la pratica delle grandi operazioni con l'aiuto dell'applicazione locale del cloruro di etile combinata con l'anestesia primaria del cloroformio, ed alcune osservazioni sulla sensibilità dei differenti tessuti del corpo umano e consiglia appunto questo metodo misto di anestesia. I suoi studî poi provano che solo la pelle ed i nervi sono sensibili. Gli altri tessuti non lo sono che se dei nervi vi sono interposti, in modo che manovre dei tessuti stessi possono colpirli direttamente, ciò che è specialmente nel caso del tessuto lamellare sotto-cutaneo.

LONGUET. — *Cura chirurgica della tubercolosi genitale dell'uomo.* Riassume così le sue conclusioni: 1.° La castrazione come processo di elezione della tubercolosi genitale, concezione dei chirurghi del principio del secolo, che si è tentato di risuscitare nel 1881 (Terrillon) e nel 1899 (Reynier) per ricordare qui i principali capi del movimento, è un errore. Malgaigne l'ha dimostrato pel primo; Verneuil il secondo, Quenu più recentemente; io lo stabilisco oggidì portando al processo la totalità delle prove concrete che si possono fornire contro questa castrazione precoce. 2.° La conservazione per astensione, o concetto di Velpeau, e più di recente del Reclus ha un'altra opinione estrema contro la quale da prima Malgaigne e Quenù dopo, ed oggi io stesso ci leviamo perchè conduce agli stessi resultati della precedente. 3.° La verità è in mezzo a queste due opinioni estreme. È la conservazione con operazione economica precoce, con gli strumenti taglienti. Non bisogna soltanto proteggere il testicolo tubercolare contro una estirpazione che è lungi dall'essere necessaria; bisogna pure metterlo al riparo da una aspettazione che terminerebbe con lo stesso risultato (Malgaigne). Non bisogna castrare ma operare (Quenù).

Per ciò è a nostra disposizione tutta una serie di mezzi cruenti palliativi, consistenti in resezioni tipiche ed atipiche, che ho studiate e precisate nelle loro condizioni rispettive e nella loro tecnica. La mia terza conclusione è dunque nuova come le due altre, la conferma di quella di Malgaigne, ma basata questa volta su una trentina di casi personali. Trent'otto anni sono passati senza che queste opinioni, magistralmente sostenute da un uomo eminente abbiano potuto penetrare nella pratica; nessun dubbio pertanto che trionfino, perchè tardi o tardissimo, ma in generale tardissimo, il valore degli uomini e delle loro idee finisce sempre per essere riconosciuto.

Archives Provinciales de Chirurgie, N.° 12, Dicembre 1899 e N.° 1, Gennaio 1900.

PANTALONI. — *Colecistoenterostomia.* È una rivista sintetica tolta da un capitolo del libro dell'Autore sulla Chirurgia del Fegato e delle vie Biliari. (È in corso di pubblicazione).

HONZEL e MEURILLON. — *La Clinica Chirurgica privata di Boulogne sur Mer.* E in corso di pubblicazione. È la descrizione di questo edifizio.

HEURTAUX. — *Nota sui tumori benigni dell'intestino.* Lavoro in corso di pubblicazione.

Heurtaux. — *Nota sui tumori benigni dell'intestino.* In questo lavoro, sono presi in esame 28 casi, operati, con 22 guarigioni, 5 morti ed un resultato sconosciuto. Ce ne sono poi altri 12, che non furono operati con cinque guarigioni e sette morti. Sono queste ultime però guarigioni relative all'espulsione spontanea del tumore per rottura del peduncolo, e cioè due miomi e tre lipomi.

Houzel e Meurillon. — *La Clinica Chirurgica privata di Boulogne sur Mer.* Continua la descrizione dell'edificio, cominciata nel fascicolo decorso.

Rodiet. — *Le Ambulanze della Città di Parigi. I soccorsi pubblici per i feriti prima dell'Esposizione del 1900.* Lavoro in corso di pubblicazione.

Guyon. — *Note sull' evoluzione e diagnosi dei tumori cancerosi del rene.* Ecco come conclude: Quando si è in presenza di un malato ematurico, e che al sintoma ematuria non se ne associa alcun altro, quando la vescica è riconosciuta incolume dalla cistoscopia, conviene riferirsi alla ricerca di una lesione renale cancerosa. Si facciano tutte le indagini, anche con la cistoscopia ed il cateterismo degli ureteri e non si abbandoni l'idea di un neoplasma ancora poco sviluppato, che quando si sia trovata un'altra spiegazione all'ematuria. In caso di dubbio si faccia un'operazione esploratrice.

Desnos. — *Influenza della resezione delle vene spermatiche sulla disuria dei prostatici.* Crede che giovi perchè la soppressione di quest'afflusso sanguigno avrà un'azione decongestiva sulla prostata, e deve terminare con un'atrofia reale degli elementi glandolari come dopo la castrazione e la vasectomia, i cui primi effetti sono di decongestionare gli organi genito-orinari.

Gosset e Proust. — *Della prostatectomia perineale.* Credono necessaria quest' operazione perchè è dimostrato che molte ipertrofie prostatiche si trasformano col tempo in tumori epiteliali. Traccia un grande lembo triangolare, comprendendovi il retto che isola e sposta.

Loumeau. — *Pielonefrite del rene destro ectopico e complicato da epatoptosi. Nefrectomia lombare. Incidenti operatori.* Caso clinico.

Revue d'orthopédie, N.° 1. Gennaio 1900.

Ollier — *Nuovi documenti sui resultati remoti della resezione sotto-periostea del gomito.* — In questo individuo, che forma soggetto della pubblicazione la necroscopia venne eseguita dopo 28 anni dall'atto operativo. Per osteoartrite fungosa suppurata, erano stati asportati 58 mm. delle tre ossa. Esisteva un' eccellente neoartrosi, e l'osso nuovo era rappresentato da una massa solida, spessa, compatta, eburnea in taluni punti, molto più resistente dell'olecrano normale. Ed appunto perchè si possono ottenere dei resultati così belli, Ollier sostiene che pel gomito sono da condannarsi tutte le operazioni economiche, le quali dànno un'anchilosi e non una pseudo-artrosi.

Nélaton. — *Della resezione dell' anca nella coxalgia suppurata.* — Sono due osservazioni che lo conducono ad essere partigiano della resezione fatta presto, perchè così si avrà un'anchilosi in buona posizione cioè il migliore dei resultati ricercati con tutte le cure d'immobilizzazione, cioè la deambulazione propria negli anchilotici dell' anca con uno zoppicamento accettabile.

Ménard e Gribal — *Gibbosità sperimentali.* (Lavoro in corso di pubblicazione).

Schwartz. — *Frattura di gamba con spostamento considerevole di frammenti.* (Caso clinico).

Guinard e Voron. — *Ernia ombelicale fetale strangolata. Operazione radicale. Guarigione.* Caso clinico.

Juon. — *Due nuovi casi di ipertrofia congenita degli arti che giustificano la classificazione secondo la forma.* Casi clinici.

Kirmisson. — *Amputaziono congenita della gamba sinistra.* Solco profondo della gamba destra; sindactilia della mano sinistra, deformità delle dita del piede.

Annales de Gynecologie et d'Cbstetrique. N.° 1 gennaio 1900.

Pinard. — *Del così detto feticidio terapeutico.* Propugna che il medico non ha il diritto di togliere la vita ad un feto vivente per salvare la madre.

Herrgott. — *La pratica dei parti.* È la rivista di un lavoro di Varnier sulla Ostetricia giornaliera.

Platon. — *Valore dell' acqua ossigenata nelle emorragie uterine.* Sulla base di due casi clinici conferma le affermazioni di Lucas-Championniéré, o cioè che l'acqua ossigenata non reca 1.° irritazione locale, eritema, fenomeni tossici: 2.° è di applicazione quasi indolora; 3.° di azione rapida sui fenomeni della respirazione; 4.° è antisettico, potente *emostatica* deodorante.

Küstner — *Della gravidanza extra-uterina. Rivista sintetica.*

Centralblatt für Chirurgie. N.° 1-2-3-4.

Lucas. — *Contributi all'amputazione del pene.* Siccome è molto facile consecutivamente all'amputazione del pene un restringimento dell'uretra così propone di isolare e di rovesciare la mucosa in avanti e suturarla in modo che si adatti ai corpi cavernosi. Cita un caso.

Böde — *Un nuovo metodo di cura peritoneale e drenaggio nella peritonite diffusa.* Lavaggio con soluzione di sale di cucina due o tre volte al giorno.

Piccoli — *La cura radicale delle ernie ombelicali.* Esciso completamente il sacco, sutura con seta sottile i margini tutto attorno alla ferita: ma previa un'incisione ovale per poterlo distaccare completamente. È così che dopo può suturare aponevrosi e muscoli dando in tale modo alle pareti una resistenza maggiore.

Schuller. — *Sul controllo degli apparecchi di sterilizzazione a vapore.* È un termometro a massima che pone nell'interno dell'apparecchio.

Feilchenfeld. — *Profilassi nella narcosi cloroformica.* Consiste nel somministrare al paziente nelle due ultime sere prima dell'operazione, e nella mattina stessa dalle 5 alle 6 gocce di tintura di strofanto.

Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Vol, 54 Fascicolo 1-2 Dicembre 1899.

I. Ritter. — *L'epulide e le sue cellule giganti.* È un contributo ai rapporti fra tumori ed infiammazione basato su sette osservazioni, dalle quali risulterebbe che le cellule giganti del sarcoma giganto-cellulare alveolare non sono autonome come quelle del midollo delle ossa a seconda della credenza comune, ma bensì emanazioni vasali in modo che l'endotelio passerebbe direttamente nel protoplasma delle cellule giganti. Aggiunge che non sono cellule autonome neppure gli osteoclasti dalle lacune di Howschio: Il loro protoplasma si continuerebbe direttamente col tessuto osseo mentre nelle lacune si trovano anche delle gemme endoteliali dei piccoli vasi. Il

tessuto sarcomatoso a cellule fissate poi sarebbe di frequente in connessione con le cellule giganti e si continua nei capillari vuoti e pieni. Da ciò deduce che il tessuto a cellule fusiformi deriva indubbiamente dal tessuto vasale. Le cellule fissate non sarebbero che capillari collabiti disposti l' uno vicino all'altro. Gli spazii sanguigni non sarebbero prodotto di emorragia ma seni-venosi ; ed il pigmento è dovuto al sangue, come si rileva dalla reazione di ferro. Crede che i vacuoli che si trovano siano capillari. Nel protoplasma si trovano in piccolo numero.

II Becker. — *Di un nuovo metodo di resezione temporaria dello zigoma.* Gli scopi che si prefigge il chirurgo sono di avere un largo campo, non ferire il faciale, non dare disturbi alla masticazione, ma aprire la mascella e l'antro d'Higmoro, non dare luogo a grande emorragia, e poter rimettere l'osso a posto. Perciò egli un pollice innanzi al trago. fa un'incisione lunga 1 cent. profonda sino all'osso; si distacca il periostio e si seziona l'osso. Al di sopra un cent., della sutura zigomatico-frontale, nella linea temporale incide ad arco la pelle fino al margine sopraorbitale. Taglia la palpebra inferiore alcuni millimetri al di fuori del punto lacrimale, e la arrovescia. Prolungando l'incisione a livello della sutura zigomatico-mascellare all'angolo inferiore dell'osso zigomatico, stira all'esterno la palpebra, incide la congiuntiva, distacca il periosto dalla parete esterna ed inferiore della cavità orbitaria e lo sposta all'interno ed in alto insieme al contenuto dell' orbita. Sega allora l' osso zigomatico cominciando dalla fessura infraorbitale nella regione della sutura zigomatico-mascellare, e poi nella direzione della incisione cutanea. Taglia poi la grande ala dello sfenoide fino alla fessura infraorbitale. Con un elevatore distacca l'osso resecato e così si ha allo scoperto la fossa sfeno-mascellare e la parete laterale e posteriore della cavità orbitaria. L'osso, rimesso a posto, vi rimane perchè le sezioni sono oblique.

III. Gesser. — *La necrosi del pancreas.* Si tratterebbe dei varii processi acuti distruttivi di qualsiasi natura. Si riscontra la necrosi grassa descritta da Balser nel 1882, e sintomi di occlusione intestinale. Sono questi i sintomi comuni. Langerhans, Seitz, Fränke, Dalser credono che la necrosi grassa sia una lesione secondaria: Pitz però ed altri distinguono la emorragia, l'infiammazione emorragica, la purulenta e la necrotizzante, ed ammettono che la necrosi grassa sia un fatto secondario che si può riscontrare in tutte queste forme. Su 150 osservazioni varie, in 100 si hanno tutte e tre le alterazioni. Nella pancreatite emorragica si ha diffusione quasi uniforme del processo infiammatorio, dell' emorragia e della necrosi grassa nel tessuto interstiziale del pancreas e delle sue vicinanze. È difficile differenziare emorragia ed infiammazione emorragica quando si trovano insieme, e ciò secondo i varii osservatori. Spesso la lesione si trova solo al tavolo anatomico in quanto decorrono tali emorragie senza grave sintomatologia, e per lo più si hanno i sintomi delle lesioni concomitanti. Fatto speciale della sintomatologia delle emorragie del pancreas ed il loro esito in necrosi fanno dunque supporre oltre all'emorragia altri fattori, che potrebbero ricercarsi in uno stimolo infiammatorio. Conviene a riguardo, della etiologia ricercare sino a quel grado possa trattarsi di una infiammazione primaria con secondaria infezione, necrosi ed icorizzaziene ed i rapporti fra necrosi del pancreas e necrosi grassa. Per la prima ricerca

si hanno poche osservazioni, e per la seconda i fatti sperimentali ed anatomici farebbero ammettere che la necrosi fosse un fatto primario malgrado le asserzioni di Hildebrand, il quale ottenne la necrosi grassa inducendo nella glandola una stasi sanguigna e secretiva. Le gravi affezioni concomitanti farebbero ammettere l'origine batterica, ma non è ciò convalidato dalle osservazioni batteriologiche. I sintomi iniziali sono: vomito biliare, forti dolori all'epigastrio, lieve meteorismo, non completa stitichezza. I primi fenomeni sono di shock, e poi sintomi tumultuosi, mentre predominano quelli della suppurazione.

IV. ROLOFF — *La mastite cronica ed il cosidetto cisto-adenoma.* Non crede che si debba annoverare il cisto-adenoma fra i tumori perchè si presenta come un'alterazione diffusa, e perchè il reperto istologico dà neoformazione di elementi epiteliali ed anche ghiandolari, escrescenze papillari ecc. come nelle infiammazioni.

Si formano noduli e cordoni che fanno supporre un neoplasma, perchè il processo si svolge in tuboli ristretti. Di più il processo infiammatorio cronico può essere distribuito in varii punti delle glandole e può essere di diversa intensità, colpendo prevalentemente l'elemento epiteliale e lo stroma connettivale della mammella. Di più vi sono modificazioni dipendenti da circostanze varie. Crede alla esistenza di microrganismi a causa degli ingorghi glandolari.

V. EHRHARDT. — *Sulla malattia di Paget.* Per Ehrhardt le alterazioni dell'epidermide sono il primo inizio del carcinoma e quindi non sarebbe altro che un carcinoma cutaneo primitivo. Nel caso di Ehrhardt si aveva come particolarità l'anamnesi che dimostrava un decorso della malattia del tutto diverso da quello ordinario del carcinoma della pelle. Fa notare a proposito delle cellule chiare, ricche di protoplasma, spesso congiunte insieme a modo di nido che i francesi le considerano come protozoi, mentre altri le riguardano come cellule epiteliali non soggette alle condizioni normali consuete. È nella interpretazione di queste cellule che si ha la chiave del processo della malattia di Paget. Crede che bene spesso quelle che si credevano spore non erano che conglomerati di cellule trasparenti. Ma è da notarsi come tanto Ehrhardt come Unna e Hary riscontravano in queste cellule trasparenti mitosi, mentre non si verifica questo nei conidi. In quanto alla capsula descritta, e che sarebbe in appoggio alla teoria parassitaria, osserva che può essere frutto di equivoco, perchè l'albumina si coagula differentemente nei diversi strati di protoplasma. Per Ehrhardt le forme state descritte come parassiti non sono che cellule dei tessuti non dotate di alcuna proprietà specifica, che si distinguono dalle cellule della rete di Malpighi perche sprovvista di spire, il loro protoplasma manca di depositi cheratojalini e non stanno in intimo nesso con le cellule vicine. Forse queste cellule trasparenti sono le prime cellule carcerigne, e questo sarebbe il caratteristico della malattia di Paget. Pur tuttavia conviene ammettere una differenza nelle cellule perchè nei nidi epiteliali la massima parte dalle cellule appartiene alle cellule trasparenti. In quanto al tessuto di granulazione subepidermoidale crede che offra ragione da opporsi alla teoria di un'azione plastica del connettivo nella maggior parte dei casi.

VI. SCHMIDT. — *Diverticolo di Meckel ed ileo.* È una storia clinica che è consimile a quella di Chiari e di Good. Dimostra avvenire dai 20-30 anni

con fenomeni acuti, ed in conseguenza di adesioni peritonitiche antiche. Si hanno i fenomeni di stenosi intestinale grave, ed il semplice distacco delle aderenze non basta, ma conviene eseguire l'ano contro-natura.

VII. Kredel. — *Rapporti fra trauma, distacco delle epifisi e ginocchio varo* Storia di una ragazza di 4 anni e mezzo, che zoppicava da sei mesi. Non sifilide antecedente. Accorciamento di 2 centimetri, mobilità completa, abduzione limitata. Distacco epifisiario diagnostico con la radioscopia. L'articolazione era mobile e non vi era stato trauma: quindi la lesione è spontanea.

VIII. Payr. — *Lesione del nervo ulnare nelle affezioni traumatiche del gomito.* Sono consecutive a frattura le lussazioni, ma sono lesioni rare. Nel suo caso. vi era frattura dell'epitroclea e lussazione; ed il nervo ulnare era compresso tra la troclea e l'epitroclea. Osservazione dopo undici giorni dal trauma con buon resultato. Riferisce di altri due casi consimili.

IX. Gerulanos. — *Cistocele della linea alba.* È la storia di una donna di 52 anni. Nella posizione eretta si produceva nella regione della sinfisi pubica, un tumore grosso come un pugno. Vi era strangolamento ed il fenomeno principale era lo stimolo di orinare e difficoltà nel mingere.

X. Roestel. — *Casuistica delle lesioni addominali per corpo contundente* Caso clinico.

XI. Mysch. — *Cssificazione del muscolo brachiale interno come complicanza della lussazione interna del gomito.* Caso clinico.

XII. Saul e Minervini. — *Sul catgut.* Critica.

XIII. Helferich. — *La Clinica Chirurgica di Greifswald degli anni 1885-1899.* Riassunto statistico.

XIV. *Bibliografia.*

RASSEGNA DELLA STAMPA

Dott. R. Minervini. — *Sul potere battericida dell'acido fenico, e sul valore di esso come mezzo di disinfezione nella pratica chirurgica* (*Archiv für klinische Chirurgie*, Band 60, Heft 3). È uno studio sperimentale eseguito nell'istituto di Clinica Chirurgica e Patologia della R. Università di Genova sotto la direzione del prof. *D. Morisani* e si compone di due distinte serie di ricerche. La prima e diretta a determinare con la maggiore possibile esattezza il reale potere battericida delle soluzioni feniche acquose all'1, al 3, ed al 5 per 100, e di quelle alcooliche al 10, al 20, al 50, ed al 100 per 100, su germi patogeni e non patogeni come il b. piocianeo, il b. coli, lo stafilococco piogeno aureo, il b. del fieno ed il b. del carbonchio. Da queste l'*A.* rileva che l'acido fenico possiede in generale una azione battericida assai meno energica di quello che si ritiene comunemente da *Lister* in poi, e senza confronto inferiore di quella dei sali di mercurio, di argento, dei preparati di iodio, di cromo, ecc. Infatti le soluzioni feniche di tenue ed anche di media concentrazione riescono a distruggere le forme batteriche vegetanti in un tempo più o meno lungo (gli stafilococchi sembrano più resistenti di tutte) ma contro le forme durevoli o spore non hanno alcun effetto nemmeno dopo un'azione prolungata per giorni o per mesi: per

distruggere queste occorrono soluzioni concentrate e fortissime come quelle alcooliche al 50 e al 100 per 100.

La seconda serie di ricerche è fatta in modo da riprodurre, per quanto è stato possibile, le più ordinarie condizioni della pratica chirurgica. L'A. ha sperimentato l'azione delle soluzioni acquose di acido fenico sopra strumenti chirurgici metallici, oggetti di gomma, drenaggi o cateteri elastici, materiale da legatura e di medicatura, sia greggio, ossia non sottoposto ad alcuna sterilizzazione, sia inquinato artificialmente con pus, o con urina in decomposizione, ed ha constatato che nel maggior numero dei casi la permanenza di questi oggetti anche per ore nelle ordinarie soluzioni feniche non basta punto a renderli sterili ed innocui. Finalmente ha provato l'azione delle soluzioni feniche sulla cute umana, ed i risultati ottenuti sono stati anche incostanti e poco favorevoli. Le conclusioni finali del lavoro sono: che l'acido fenico in soluzioni tenui, come sono per necessità le acquose, possiede un limitato potere battericida, e tale da non potersene trarre sicuro vantaggio nella pratica della disinfezione chirurgica, e che in soluzioni concentrate non può essere usato a causa del suo potere caustico.

Krause. — *Contributo all'impiego dell'aria sovrariscaldata* (*Arch. f. klin. Chir.*, Bd. LIX, N.° 2). L'A. ha impiegato in moltissimi casi e sempre con successo il calore secco a 140°-150° in artriti reumatiche, reumatismo muscolare acuto e cronico, osteiti, periostiti, ecc. L'apparecchio di cui si serve è una specie di manicotto a doppia parete entro il quale introduce l'arto da riscaldare, costituito in modo che l'aria circola tra l'apparecchio e la pelle in modo da impedire le abbruciature.

La sensazione dolorifica prodotta in questo manicotto diminuisce e diviene tollerabile quando si forma un'abbondante secrezione di sudore, cosa che sempre avviene.

H. Wölf. — *Intorno alla conservazione delle fasi di segmentazione dei nuclei dopo la morte o dopo l'estirpazione e del suo significato nello studio degli innesti* (*Arch. f. klin. Chir.*, Bd. LIX H. 2). Premette l'A. che molti, tra cui Ribber, Penzo, ecc. trovarono ancora fasi di cariocinesi 24 e 48 ore dopo l'estirpazione della parte, mentre Schenk crede che dopo 24 ore incomincino a non più rilevarsi.

Nelle sue esperienze poi fatte con materiale conservato nelle stufe o nel ghiaccio e perfettamente asettico l'A. ha constatato fasi cariocinetiche persino dopo 26 giorni, ed anche in pezzi non conservati la riscontrò assai tardivamente fino a che la fine struttura delle parti prese in considerazione era riconoscibile.

E quantunque Wentscher dica che in un brandello di epidermide conservato e poi riscontrato non ha osservato cariocinesi, Wolf nota che ve ne è sempre ed assai più che nei pezzi freschi.

Perthes. — *Del noma e del suo agente* (*Arch. f. klin. Chir.*, Bd. LIX, H. 1). Si tratta secondo l'A. di uno speciale agente patogeno che sta fra i bacilli ed i funghi organizzati, appartenente al gruppo dello streptotrix. Nelle preparazioni istologiche egli nota che l'agente in questione occupa la periferia mentre il centro è occupato da calcoli differenti, e così nelle culture che non furono mai pure, ma sempre mescolate a cocchi che occupavano il centro. Esperimentato sui cani, cavie e conigli diede gangrena,

ma non diede risultati certi e sicuri. Checchessia all'esame istologico vide trattarsi di un micelio.

Per la terapia consiglia la cauterizzazione col termocauterio ed afferma che il noma è un'affezione ben distinta dalla difterite.

ROTTER. — *Regole da seguirsi per la sutura del cuore. Munchener Medinische Wochenscrift* N. 3, 1900. Il processo proposto dal Rotter è il seguente: La prima incisione parte a 15 millimetri del margine costale dello sterno e segue il margine inferiore della terza costa per una larghezza di 10 cent.; una seconda incisione parte da 15 millimetri dello stesso margine sternale e segue il margine inferiore della quinta costa per una lunghezza di 8 centimetri; finalmente una terza incisione verticale congiunge le due estremità esterne delle incisioni precedenti passando al di dentro del capezzolo.

Queste tre incisioni traversano tutti gli strati della parete ed aprono così la pleura sinistra: strada facendo l'incisione verticale taglia la 4.ª 5.ª costa. Si ottiene così uno sportello rettangolare a cerniera interna che si apre lussando la 4.ª e 5.ª costa alla loro inserzione sternale. La superficie messa così allo scoperto misura diagonalmente 12 centimetri. Non si debbono legare che le estremità della 4.ª 5.ª arteria intercostale. Il polmone destro si presenta in mezzo dello spazio scoperto; si sposta a sinistra. Il pericardio è aperto obliquamente di alto in basso e di dentro in fuori. Il cuore è allo scoperto: può essere sollevato, esaminato in tutte le sue faccie, e suturato anche nella sua faccia posteriore. In taluni casi per scoprire ampiamente le orecchiette si potrà comprendere nello sportello mobile la terza costa. Rotter consiglia di evitare di aprire la pleura per non perdere tempo, e perchè oramai è quasi sempre ferita.

GARRÈ. — *Inoculazioni intraperitoneali di echinococchi, conseguenze negli animali* (*Arc. f. Klin. chir.*, Bd. LIX H. 2). In alcuni conigli fu iniettato il liquido delle cisti ed in altri le vescicole delle idatidi. Così l' una come l'altra iniezione veniva perfettamente tollerata e gli animali non manifestavano alcun fenomeno.

Queste esperienze confermerebbero le idee di Volhmann che la generalizzazione peritonitica può venire senza dubbio dallo sfacelo di echinocco del fegato.

M. WÖRNIER. — *Asportazione di un cistoma ovarico di straordinaria grossezza* (*Arch. f. Klin. chir.*, Bd. LIX H. 2). Riferisce di 4 casi di cistomi ovarici enormi, di cui tre operati con un morto ed i due più grossi, in donne di 70 e 71 anni, con esito felice: Le ammalate si ristabilirono perfettamente ed in breve ora.

L'A. non crede si debba dapprima vuotare la cisti per evitare il collasso di diminuita pressione; egli per impedire al diaframma di ritornare rapidamente alla sua posizione normale applica una fasciatura compressiva all'addome

LUDALFF. — *Intorno alla patogenesi e il trattamento del prolasso del retto* (*Arch. f. Klin. Chirur.*, Bd. LIX H. 2). Secondo l'A. si tratta di un'ernia del piccolo bacino, e così avverebbe negli affetti da costipazione cronica, nei tifosi, nelle donne multipare, nei bimbi che hanno sofferto catarro intestinale, ecc.

Come atto operativo Lindorff preferisce la resezione alla Mikulicz,

mentre Jeannel preferisce di procurare in primo tempo un ano contro natura e di fissare poi il retto alla parete.

L' autore sperimentò senza alcun fenomeno nuovo nei cani la rectopessia.

König. — *Della storia dei corpi stranieri nelle articolazioni* (*Arch. f. Klin. Chir.* Bd. LIX. H. 1.) Basandosi sopra una forma di *osteo-condrite* da lui descritta, l'A. esamina 60 casi di corpi liberi nelle articolazioni del ginocchio e del gomito, di cui 16 forse di origine traumatica, 8 accompagnati da artrite deformante, e 36 tipici di una affezione delle cartilagini, alcuni pezzi delle quali staccatisi, darebbero, secondo il König, i corpi liberi articolari. Si avrebbe in queste affezioni dapprima un crepitìo e dolore che caratterizzerebbero l'inizio, quando la cartilagine non è ancora staccata, la qual cosa avverrebbe in seguito ad un movimento brusco.

La perdita di sostanza così prodottasi verrebbe ricolmata per granulazioni ed il pezzo staccato resterebbe nella cavità articolare e si nutrirebbe in modo ancora ignorato.

Istologicamente questi corpi sono formati di tessuto cartilagineo in via di involuzione o neoformato; una contusione della cartilagine ne sarebbe la causa più frequente.

Wornier. — *Del trattamento ambulatorio delle gravi fratture complicate degli arti inferiori* (*Arch. f. Klin. Chir.*, Bd. LIX, H. 2). Mentre in quelle fratture sotto cutanee nelle quali dalle 4 alle 6 settimane bastano per la guarigione è bene usare la fasciatura inamovibile; nelle fratture complicate, dove la guarigione stenta dai 3 ai 4 mesi l' A. consiglia la fasciatura al celluloide, applicata nella 3.ª o 6.ª settimana quando il paziente è sfebbrato.

L'A. poi riferisce come egli abbia applicata una fasciatura al celluloide in una pseudo-artrosi del collo del femore, e in tre casi di frattura sottotrocanterica controllando la gravità del caso ed i risultati coi raggi X.

Aggiunge in ultimo che egli usa tali apparecchi d'ora innanzi anche per le fratture non complicate.

P. Judek. — *Intorno all' anatomia ed etiologia del coxa vara degli adolescenti* (*Arch. f. Kl. Chir.* 1899). Bd. 59, H. 2). Incomincia l' A. a notare che l'estremità superiore del femore consiste internamente di lamelle ossee aventi una differente e determinata direzione, alcune hanno direzione dall'interno all'esterno, dall'indietro in avanti e dal basso in alto e si oppongono a che la detta estremità superiore sia trascinata in basso ed indietro, quando cessano di impedire questo movimento, il callo si flette in basso ed indietro formando così il coxa vara degli adolescenti.

Negli adulti queste lamelle si comprimono verso l'alto e formano una lama ossea resistentissima che non si trova affatto nei giovani e che si forma all'epoca della pubertà. Nei bambini essa è cartilaginea.

Il coxa vara non è una forma speciale di rachitismo, non vi è mutamento anatomico nella sostanza ossea. È un fatto che si verifica frequentemente negli adolescenti obbligati ad un lavoro troppo forte.

Hoffa. — *Trattamento moderno della lussazione congenita dell'anca.* (*Arch. f. Kl. Chir.* 1899, Bd. LIX, H. 2). L'A. in 128 casi impiegò il metodo Lorenz in 71, in 23 quelle di Scheidé, in 9 quelle del Mikulicz, ed in 25 una modificazione di quello di Lorenz.

Constatò che anatomicamente è raro ottenere la riduzione completa,

ma non si ha che una trasposizione della testa all'innanzi il che migliora lo stato dell'infermo.

L'A. modificando il metodo Lorenz, flette la gamba, la ruota all'esterno, poi l'abduce e facendo una sempre aumentata iperestensiono le fa subire un movimento di va e vieni. Secondo la sua esperienza non si deve operare dopo dieci anni di età

Fa quindi la statistica dei suoi operati, coi risultati ottenuti a seconda dei varî metodi.

Se l'operazione incruenta non riesce, consiglia la cruenta, oltre i quindici anni si deve sempre praticare la osteotomia sottotrocanterica alla Kirmisson.

HOFFA. — *Del trattamento della lussazione abituale della rotula* (*Arch. f. Klin. Chir.*, 1899, Bd. LIX, H. 2). Premessa la distinzione fra la lussazione abituale congenita, l'A. riferise un caso di una rachitica quindicenne che un giorno cadde all'improvviso mentre stava in posizione eretta e non può più rialzarsi, ha vivi dolori, il ginocchio sinistro si tumefà e la rotula nei movimenti si sposta all'infuori, riflessi rotulei esagerati, il tricipite ed il vasto interno reagiscono meno alla corrente elettrica del vasto esterno.

Venne fissata la rotula all'aponeurosi e si diminuì la capsula articolare a mezzo di suture. Fu applicato un apparecchio inamovibile per trenta giorni e consecutivamente fu curata colla elettricità e massaggio. Lo stato dei muscoli migliorò sia per volume che funzione.

NEUBER. — *Intorno al trattamento del piede varo* (*Arch. f. Klin. Chir.* 1899, Bd. LIX, H. 2). Al congresso di Berlino presenta un suo apparecchio per raddrizzare il piede varo-equino di cui fa la descrizione, colla cui applicazione eviterebbe di tagliare il tendine d'Achille dove abitualmente viene resecato. Il raddrizzamento verrebbe poi mantenuto coi metodi consueti.

VULPIUS. — *Sulla statistica della spondilite* (*Archiv für klinische Chirurgie*). In un primo quadro dimostra che la tubercolosi vertebrale entra per un 4 per 100 nella totalità dei casi chirurgici e per un quinto nel totale delle tubercolosi ossee. Prova che la spondilite tubercolare è specialmente frequente nei primi dieci anni della vita. Da tutte le statistiche non si può negare l'influenza dell'eredità, della miseria, del traumatismo nella genesi di molte spondiliti, che predominano nella regione dorsale inferiore con la complicanza dell'ascesso che si trova nel 70 % dei casi. Per il prognostico è lontano dall'essere ottimista, perchè continuando ad osservare gli ammalati si trova grandissima mortalità e poche guarigioni.

BIBLIOGRAFIA

CARLE ANTONIO. — *Sui fibromiomi dell'utero e loro cura chirurgica.* Torino, Roux Frassati e C. 1899. Il valente Operatore dell'Ospedale Mauriziano di Torino ha pubblicato questo interessante e pregevole lavoro basandolo su 279 osservazioni ed altrettanto operazioni, con solo 15 morti e cioè il 5,3 %. Trovo importante descrivere con le parole stesse dell'Autore, il processo che egli adopra e da lui ideato, e che per i resultati che ha dati dimostra la sua eccezionale bontà: « L'ammalata viene nei giorni pre-

cedenti all'operazione sottoposta a bagni ed accurata disinfezione vaginale. Due giorni prima l'intestino è svuotato bene con olio di ricino e clisteri. La sera prima dell'atto operativo, il pube e le pareti addominali vengono rase e lavate con acqua calda e sapone, alcool e sublimato e coperte di cotone sterilizzato. La massima cura viene impiegata nella disinfezione della superficie del collo uterino e della vagina, di cui ogni plica viene soffregata con sapone e batuffolo di cotone imbevuto di alcool e sublimato, ed in cui si applica uno zaffo che vi soggiorna tutta la notte. La mattina susseguente, durante la narcosi, viene rinnovata la disinfezione delle pareti e della vagina e svuotata la vescica. Narcosi morfio-cloroformica. Compresse sterilizzate e calde ricoprono tutto l'addome, lasciando libera solo la linea di incisione. Incido le pareti addominali qualche millimetro all'infuori della linea alba, apro l'addome in genere abbastanza ampiamente. L'ammalata è in posizione di Trendelenburg molto inclinata e, se occorre, eseguo l'inclinazione finchè tutto il pacco intestinale scompaia verso la cupola del diaframma, e se esistono aderenze dell'omento e dell'intestino col tumore, vengono naturalmente subito sciolte ed, occorrendo, tagliate su due legature. Isolo accuratamente il campo operativo con compresse sterilizzate lasciando scoperto il fondo dell'utero. Quando non esistono aderenze del tumore o degli annessi introduco, spingendola fin nello spazio del Douglas, una larga compressa fra la parete del bacino ed il tumore. Prese queste disposizioni con scrupolosa esattezza, procedo alla operazione. Se posso lasciare in sito gli annessi non alterati, applico una pinza Kocher sulla parte superiore del legamento largo, all'indentro dell'ovaio, comprendendovi possibilmente anche il legamento rotondo. All'indentro di queste due pinze pratico una incisione tutt'attorno al fondo dell'utero miomatoso in corrispondenza della sua massima circonferenza.

Questa incisione interessa la sierosa e lo strato muscolare superficiale sottostante; sollevo con pinze anatomiche il margine esterno di detta incisione e colla punta delle forbici curve distacco tutto all'intorno dell'utero la sierosa, attenendomi strettamente alla muscolatura sottostante. Man mano che l'involucro sieroso vien distaccato, esso vien sollevato e divaricato mediante pinze dagli assistenti. Col processo di questo distacco l'utero si fa mobile e viene stirato in alto gradatamente e da un assistente mediante una pinza di Museux. In casi di tumori molto voluminosi ho usato a questo scopo l'apparecchio di Reverdin. I vasi venosi e le anastomosi delle uterine colle utero-ovariche vengono afferrate con pinze qualche volta prima d'essere tagliate, qualche volta dopo, come si fa nelle altre operazioni chirurgiche.

Procedendo così dall'alto in basso in questa specie d'imbuto sieroso attenendomi sempre colle forbici strettamente al tumore, tagliando qualche volta fibre muscolari e lasciandole aderenti alla sierosa quando questa non si distacca facilmente, arrivo in basso verso il collo dell'utero; qui appena si presenta afferro il tronco dell'uterina, che in genere si vede sempre assai chiaramente. Alla parte posteriore del collo, nel punto ove vengono ad inserirsi i legamenti utero-sacrali, la sierosa si distacca assai meno facilmente, e per non lederne la continuità, bisogna interessare la muscolatura dell'utero; ma appena tagliate le fibre dei legamenti utero-sacrali e successivamente le fibre longitudinali che dalla vagina si continuano sullo

utero; la vagina si lascia stirare in alto a volontà e l'utero è perfettamente libero, trattenuto unicamente dall'inserzione delle pareti vaginali.

Attraverso a questo sento il muso di tinca, e al di sotto di esso stringo fra le branche piegate ad angolo retto di un robusto compressore la vagina occludendone perfettamente il lume. Un centimetro circa al di sopra di questa pinza taglio col termocauterio la vagina ed esporto il tumore. Cauterizzo con insistenza i margini interni mucosi della vagina e prima di togliere il compressore chiudo la vagina con una sutura di catgut a sopragitto. La vagina per la sua elasticità si abbassa notevolmente e resta un imbuto costituito dall'involucro sieroso dell'utero, al fondo del quale si trova la vagina suturata. Nell'interno di questo imbuto sono numerose pinze che assicurano l'emostasi. Procedo alla legatura, prima di tutto dei vasi utero-ovarici e quindi delle uterine. Assicurati questi vasi, tolgo rapidamente tutte le pinze perchè per molte non è necessario far legature; quando vi ha ancora getto o gemizio di sangue, applico qualche legatura o punta di catgut. Pulisco l'interno di questa cavità imbutiforme con un battuffolo di garza, regolarizzo ed arrovescio dentro i margini della sierosa comprendovi i monconi della parte superiore dei legamenti larghi, e chiudo questo imbuto con due suture a sopraggitto, l'una sopra l'altra, per essere più sicuro che, in caso di processi infettivi retro-peritoneali, questi non si faccîano strada verso la cavità peritoneale. Quando il tumore è eccessivamente voluminoso e l'imbuto sieroso è troppo grande, ne esporto una parte ma in genere la sua elasticità, e l'ampiezza della superficie pelvica da ricoprire rendono questo superfluo. Tolgo le pezzuole che ricoprivano il campo operatorio ed ho quasi sempre la soddisfazione di constatare e di far constatare ai presenti che nella cavità peritoneale non è entrata una goccia di sangue, e che nella sierosa peritoneale non esistono lesioni nè contusioni di sorta anche leggere. Chiudo la parete addominale con tre strati di sutura. Gli annessi, se sani, vengono lasciati, del resto, s'esportano, e naturalmente in questi casi la legatura sui legamenti larghi viene posta allo esterno dell'ovaio. Anche quando esistono salpingo-ovariti suppurate e residui di pelvi-peritonite, la decorticazione, essendo l'involucro sieroso dell'utero inspessito, procede generalmentè abbastanza spedita. Esportato il tumore, si è in condizioni molto migliori di spazio per distaccare gli annessi infiammati aderenti alle pareti della cavità pelvica. In certi fibromi in cui gli annessi suppurati erano completamente coperti dal tumore, aderenti ed innicchiati nello spazio del Douglas, ho potuto esportarli senza punto infettare il campo operativo ». A. CECCHERELLI.

CARLE ANTONIO. — *Contributo allo studio degli adenomiomi dell'utero*, Torino, Roux-Frassati e C. 1899. Lo scopo di questa pubblicazione non è tanto di descrivere due atti operativi, ma di illustrare due storie cliniche importanti e non comuni, e dimostrare come gli adenomiomi dell'utero sono l'espressione di un disturbo complessivo nello sviluppo di tutti gli organi annessi all'apparato genitale. A. CECCHERELLI.

BOARI ACHILLE. — *Il trattamento dell'estrofia vescicale con la cisto colotomia*, Ferrara 1899. (È un'interessante comunicazione fatta all'Accademia di Scienze Mediche e Naturali in Ferrara, e dalla quale fu reso conto a Pag. 630 dell'anno 1899 di questo Giornale).

Trattato Italiano di Chirurgia, Vallardi 1899-1900 Fascicolo 15-16, Vol. III. Parte IV. GIURIA, Malattie delle gengive, dei denti e protesi dentale. Fascicolo 17 e 18. Vol. V.-I. Parte I. OCCHINI, Malattie della spalla e CATTERINA, Malattie del braccio. Fascicoli 19-20 Vol. V. Parte III. TIBONE, Vizi di sviluppo dell' utero. INVERARDI Alterazioni di statica dell' utero. Fascicoli 21 e 22. Vol. I. Parte III. CAPRARA. Emorragia, FIESCHI. Febbri chirurgiche, setticoemia, pioemia.

DUPLAY e RECLUS. — *Traité de Chirurgie,* Volume VIII, Paris Masson 1899. È questo l'ottavo Volume della Seconda Edizione di questo pregevolissimo Trattato, e che completa l'opera. Ed è una seconda edizione completamente rifusa, tanto che ci sono dei Capitoli del tutto nuovi. Le malattie della vulva e della vagina sono descritte dal Michaux, dell'utero dal Dott. Delbet, degli annessi uterini dal Segond, e per ultimo le lesioni degli arti dal Kirmisson. La competenza dei quattro Collaboratori di questo volume è troppo nota perchè sia necessario vantare i pregi dell' opera loro. La bontà del libro lo dimostra il fatto che in breve tempo se ne pubblicarono due edizioni complete Francesi, ed anche delle traduzioni. E questo il migliore elogio che si possa fare. A. CECCHERELLI.

Troisienne Congrés de Chirurgie, Paris 1899, Alcan 1899. (Questo importante volume tanto sollecitamente pubblicato da fare onore non solo all'Editore, ma ai varî Autori ed al solerte Segretario generale Dott. Lucien Picqué contiene il Rendiconto del Congresso avvenuto a Parigi il 16 ottobre 1899, e del quale è stato fatto il riassunto a Pag. 868 dell'anno 1899 di questo Giornale). A. CECCHERELLI.

Manuel de Pathologie Externe, Vol. I. e II. Paris-Masson et C. 1900. Sono il Primo e Secondo Volume del manuale pubblicato da Reclus, Kirmisson, Peyrot e Boully. Nel primo è la Chirurgia dei Tessuti e degli Organi in generale scritta da Reclus; il secondo contiene la Chirurgia della testa e della colonna vertebrale scritta dal Kirmisson. L'essere giunti in brevissimo periodo di tempo ad una sesta Edizione è la dimostrazione più palese della bontà del lavoro, il quale scritto con facilità ed eleganza, vuol essere utile ai giovani studenti, non entrando quindi in discussioni astruse e complicate, non complicando con farraginose citazioni. Ed è per questo che gli Autori abbandonarono il pomposo titolo di Trattato per usare quello più modesto di Manuale. Ma questo nulla toglie ai pregi indiscutibili del lavoro. A. CECCHERELLI.

HILDEBRAND. — *Jahresbericht über die Fortschrifte auf dem Gebiete der Chirurgie,* Wiesbaden-Bergmann, 1899. È questo il quarto volume, che si pubblica di questa Rivista importantissima.

È di 1180 pagine e riguarda i lavori pubblicati di Chirurgia durante l'anno 1898. Chi sa quali e quante sono le difficoltà per raccogliere la Bibliografia di un dato argomento ora che tante e tante sono le pubblicazioni d' indole Chirurgica non può che apprezzare e lodare Chi come il Prof. Hildebrand accudisce con varî collaboratori ad un lavoro faticoso, penoso, ingrato come questo. E tanto più queste lodi sono dovute una volta che si può constatare la bontà del lavoro stesso. L'egregio Redattore Professor Hildebrand promette anche di più; ed a questo scopo prega vivamente di trasmettergli le varie pubblicazioni a Basel, Bernouillistrasse 26 richten, onde dimenticarsi il meno possibile. A. CECCHERELLI.

Mugnai Angiolo. — *Resoconto Statistico della Sezione Chirurgica dell'Ospedale di Arezzo*, 1900 (Questo rendiconto concerne l'esercizio dal 1.° giugno 1898 al 31 dicembre 1899 e riguarda 918 malati con 26 morti.

Le operazioni eseguite sono state 451 con soli 13 morti; ed in queste non sono compresi 84 interventi per traumi, e 173 per processi suppurativi).

Bassini Edoardo. — *I più notevoli progressi della chirurgia negli ultimi cinquanta anni*, Padova 1899 (Vedi L'argomento del giorno).

Tusini Giuseppe. — *Sopra l'Actinomicosi del piede*, Pisa 1900 (Questo lavoro importante riguarda un caso stato illustrato al Congresso Italiano di Chirurgia, e di cui è stato reso conto nel Supplemento ottobre 1899, Pagina 862).

Filippini Giulio. — *Contributo di 420 Operazioni alla cura radicale dell'Ernia inguinale*, Brescia 1899 (Non è questa una statistica numerica e nulla più; perchè sono logiche, accurate e buone le considerazioni che trae l'egregio Autore da questi 420 casi, dei quali 414 cioè il 98,57 % guarirono per prima intenzione, e la recidiva è solo del 3,92 %. Non crede opportuno di operare i piccoli bambini, ma aspettare al quinto anno di età. Combatte validamente in favore dell'atto operatorio che non offre pericoli per la vita).

Calderini. — *Lucina*. (È il titolo di un giornale pubblicato dal Calderini con l'aiuto dei suoi antichi e presenti Aiuti ed Allievi e che si propone di rivolgere l'opera sua a benefizio delle Levatrici e dei Medici Pratici. Auguri al Collega).

CRONACA.

A Copenaghen è stato nominato Professore di Clinica Chirurgica Th. Rovsing.

Il Comitato Esecutivo del Congresso Internazionale di Medicina a Parigi rende noto: 1.° Che una riduzione del 50 % sulle ferrovie francesi è concesso ai Membri del Congresso previa presentazione di un foglio individuale che sarà inviato direttamente a ciascun congressista. La durata della validità di questo foglio sarà di un mese, dal 25 Luglio al 25 Agosto. 2.° Che per gli alloggi sono stati presi accordi con le principali Agenzie di Alloggi e Viaggi a Parigi. Per informazioni dirigersi direttamente all'Ufficio del Congresso, 21 Rue de l'École de Medecine Parigi. Per iscriversi come Membro del Congresso inviare la quota di 25 fr. e la sua carta di visita al Tesoriere del Congresso il Dott. Duflocq, 21 Rue de l'École de Médecine, Parigi. Le iscrizioni per l'Italia sono prese anche dal Presidente del Comitato Italiano Comm. Prof. Camillo Golgi a Pavia.

Il Dott. Depage. che ha iniziata la pregevole pubblicazione l'Année Chirurgicale, di cui fu reso conto a Pag. 959 dell'anno 1899 di questo Giornale prega di volergli mandare le pubblicazioni che riguardano la Chirurgia e inviarle a Lui direttamente a Bruxelles, Rue l'Esplanade 8, oppure a Napoli al Dott. Eriberto Aievoli, Piazzetta Donnavomiti 16, per poterne rendere conto nei volumi successivi.

Missaglia Giuseppe, *Gerente responsabile.*
Tip. della Casa Editrice Dott. Francesco Vallardi, Milano.

LORENZO BRUNO.

Aveva quasi ottant'anni, perchè nato il 26 Luglio 1821 a Murazzano, in quel di Mondovì, è morto il 4 Marzo 1900. Da sessantatrè era l'assiduo frequentatore dell'Ospedale San Giovanni di Torino, ove aveva compiuta tutta la sua carriera scientifica, prima come allievo del R. Collegio Carlo Alberto, poi Ripetitore di Anatomia ed operazioni chirurgiche, e quindi Chirurgo e Clinico Chirurgico successore del grande Riberi.

Quale Chirurgo, Professore, Uomo politico, Cittadino tutti lo amarono, tutti lo stimarono.

Chirurgo seppe innamorare della Scienza e dell'Arte Uomini

che tennero e tengono alta la bandiera della Chirurgia Italiana; e lo dicano quei Saggi di Chirurgia che nel 1894 pubblicarono taluni dei più celebrati allievi in occasione del suo Giubileo di Laurea. Professore lo seguivano attenti gli studenti alle sue Lezioni, le quali non voleva ricche di lenocinio oratorio, ma di utili ammaestramenti dettati con la convinzione di chi espone ciò che sente e che sa; lo amavano fosse Egli il Docente od il Rettore dell'Ateneo. Uomo politico amò la Patria sua, l'Italia e per Essa si adoprò in modo che il Grande Re, Vittorio Emanuele II, lo volle non solo Medico ascoltato, ma Consigliere fidato. Cittadino, fu tale che non lascia un solo odio, ma rimpianto universale, avendo avuta sempre per sua divisa, il bene per il bene. E non era possibile non fosse adorato l'Uomo che costantemente lasciava il suo stipendio di Chirurgo a beneficio dei poveri, che istituiva la Colonia Alpina e la sovveniva, e nel giorno della sua morte lasciava ricchi legati all'Ospedale, alla Società di Mutuo Soccorso dei Medici del Piemonte, alle loro vedove ed orfani, al Collegio per gli orfani dei Medici a Perugia, all'Istituto degli Artigianelli, all'Accademia di Medicina di Torino, e volle fondate due nuove Colonie Alpine che devono portare il suo Nome e quello dei Nepoti

Per Lorenzo Bruno certamente il Cantore dei Sepolcri non avrebbe potuto scrivere

> Sol chi non lascia eredità d'affetti
> Poca gioia ha dell'urna; e se pur mira
> Dopo l'esequie, errar vede il suo spirto
> Fra 'l compianto de' templi acherontei,
> O ricovrarsi sotto le grandi ale
> Del perdono d'Iddio: ma la sua polve
> Lascia alle ortiche di deserta gleba
> Ove nè donna innamorata preghi
> Nè passeggier solingo oda il sospiro
> Che dal tumulo a noi manda Natura.

ANDREA CECCHERELLI.

CISTE DA ECHINOCOCCO
DEL
MARGINE ANTERO-INFERIORE DEL LOBO DESTRO DEL FEGATO
ASPORTAZIONE MEDIANTE RESEZIONE DEL FEGATO
E DI
PORZIONE DELLA CISTIFELLEA
GUARIGIONE

PEL

Prof. E. BURCI

Non sono frequenti i casi di ciste da echinococco del fegato, nei quali siasi ritenuto conveniente operare l'asportazione completa della ciste col pericistio e col tratto del viscere interessato dal processo morboso. Loreta praticava nel 1887 una resezione di fegato per escidere porzione del pericistio, ma una completa asportazione di questo, resecando il viscere, a tutt'oggi hanno eseguito soltanto (che io mi sappia) Terrier, Bruns, Terrillon, Tansini e Tricomi. Ai casi appartenenti a questi chirurghi ora nominati posso aggiungerne uno io, ed è quello del quale brevemente riferisco la storia.

Erminia Maestrini di 56 anni, coniugata, bracciante, entra nella mia sezione chirurgica dello spedale di Pisa il 10 di settembre 1899. Nella storia che riguarda la malata non vi è alcun precedente ereditario di un certo interesse, e relativamente a malattie pregresse; sono da notarsi una polmonite superata or sono sei anni e ripetute febbri palustri, alle quali la donna è andata sovente sottoposta, abitando essa un paese malarico. Le sofferenze attuali risalgono ai primi giorni del giugno decorso. Fu in quel tempo che essa principiò ad avvertire dei dolori ed un senso di tensione alla regione epigastrica, dolori che si aggravavano un po' di tempo dopo l'introduzione abbondante di alimenti, tanto che fu costretta a fare pasti leggieri e frequenti. Verso la metà di agosto fu presa un giorno da dolori intensi, che si accompagnarono con vomito dapprima mucoso, poi biliare. Insorse anche febbre non elevata che durò 7-8 giorni; i dolori ed il vomito si calmarono dopo 48 ore.

Fu in questa circostanza che il medico, visitando la malata, avvertì una intumescenza nell' ipocondrio destro e quindi, cessata che fu la febbre, la consigliò di recarsi nello spedale di Pisa per una cura chirurgica. È da notarsi che le funzioni intestinali durante la malattia si erano mantenute sempre regolari, nè le feci erano mai state decolorate.

La Maestrini è donna di regolare sviluppo scheletrico, non molto sviluppato è il sistema muscolare, scarso è il pannicolo adiposo.

L'esame obiettivo niente rivela di anormale ad eccezione di quanto si avverte nell' ipocondrio destro. Le orine sono normali.

A tre dita trasverse sotto l'arcata condro-costale in corrispondenza del margine esterno del muscolo retto addominale di destra, si avverte colla palpazione una intumescenza globosa, del volume di un mandarino, a superficie liscia ma leggermente ineguale, per bozze rotondeggianti di vario volume, di notevole consistenza apparentemente inelastica, mobile in particolar modo dall' avanti all' indietro ed anche lateralmente. Dall' alto al basso non si sposta quasi, salvo durante le escursioni dipendenti dagli atti respiratorì. Non si avvertono sfregamenti peritoneali. La intumescenza sembra in rapporto di continuità col margine epatico, che non palpasi infatti in corrispondenza di questa, ove invece apprezzasi un avvallamento. La pressione un poco forte su di essa provoca un senso di dolore sordo poco determinato; la percussione superficiale dà suono ottuso che si continua colla ottusità normale del fegato.

Il concetto diagnostico che mi si presentava con maggiore insistenza alla mente era quello di una calcolosi biliare, tenendo conto in special modo del sesso, delle non buone condizioni della nutrizione pei ripetuti attacchi malarici, della sede, della forma dell' intumescenza e dei rapporti suoi col fegato, della esistenza dei dolori all'epigastrio e sopratutto dell'accesso doloroso a tipo colico accompagnato da vomito, del quale ho fatto cenno nell'anamnesi.

Forse il quadro clinico non era dei più tipici, ma è noto il polimorfismo sintomatologico della litiasi biliare. Si sa come i calcoli possano restare lungamente latenti nella cistifellea provocando una ipertrofia ed una sclerosi della sua parete. Per la durezza e la relativa irregolarità della superficie della intumescenza nel mio caso era questa forma che io ammettevo di preferenza.

Per qualche carattere clinico avrei potuto pensare ad una idropisia della vescicola biliare, ma mi facevano escludere questo concetto diagnostico la consistenza della tumefazione ed il volume relativamente piccolo e non sensibilmente variabile.

Soltanto in seconda linea ammisi la possibilità di un processo patologico allogato nel fegato. I criterì desunti dalla anamnesi e dall' esame generale della inferma, l' età sua, i caratteri clinici ed il criterio terapeutico mi persuasero che non potevasi trattare di una gomma sifilitica. E qui mi si permetta una digressione breve. Giova non trascurare il criterio terapeutico in tutti quei casi, nei quali possa aversi anche un lontano sospetto di un processo sifilitico ed, avendolo trascurato, quando succeda di riconoscere la natura della lesione a ventre aperto, ritengo che convenga chiuderlo ed intraprendere la cura specifica, sapendo come questa risponda con efficacia anche in casi gravissimi.

I caratteri clinici nella mia malata si prestavano male per formulare una diagnosi di tumore epatico, per cui, dovendo riferire al fegato piuttosto che alla cistifellea la tumefazione in esame, correva

alla mente più verosimile l'idea di una ciste idatica antero-inferiore, nella quale la parete avventizia avrebbe dovuto essere notevolmente ispessita, forse anche calcificata.

Come altra possibilità diagnostica, dando importanza ai fatti riferiti nel cenno anamnestico, potevasi ammettere che esistesse, in rapporto con una colelitiasi, quella speciale deformazione del fegato, che si presenta sotto forma di una protuberanza ipertròfica della parte mediana del margine anteriore del viscere, notata già da Cruveilhier e da Trousseau e sulla quale hanno richiamato l'attenzione Riedel, Glenard, Chauffart e qualche altro, protuberanza che sparisce remossa che sia la litiasi biliare, colla quale è intimamente legata con nesso patogenetico. Se non che per ammetterla io pensava che i fenomeni clinici della colelitiasi avrebbero dovuto manifestarsi in modo più evidente e spiccato e da più lungo tempo.

I due concetti diagnostici più probabili rimanevano dunque quello di una litiasi biliare antica latente con ipertrofia e sclerosi della parete cistica, e quello di una ciste da echinococco antero-inferiore del fegato. In appoggio del secondo stava la mancanza di pigmenti biliari nelle orine, mentre la presenza loro non avrebbe avuta una importanza speciale per ammettere l'una o l'altra delle due ipòtesi diagnostiche, sapendosi come anche nelle cisti idatiche possano ritrovarvisi assai spesso, tanto che Bothezat dà a questo segno assai valore per la diagnosi di echinococco del fegato.

Comunque fosse, parvemi che convenisse intervenire colla laparotomia rigettando l'idea di una puntura esplorativa. Nel caso di una ciste da echinococco antero-inferiore mobile essa avrebbe avuto anche maggiori controindicazioni, ammesso poi che fosse stata possibile, se la durezza notevole dell'intumescenza stava in questo caso (come era logico ammettere) a rappresentare uno spessore considerevole ed una speciale consistenza della parete pericistica.

Preparata convenientemente la malata, eseguii la laparotomia, aprendo il ventre dall'arco condro-costale in basso per dieci centimetri, lungo il margine esterno del retto anteriore di destra. Fissato il peritoneo parietale, mi si presentò subito al di dietro dell'apertura addominale una intumescenza coi caratteri rilevati mediante l'esame clinico, di aspetto biancastro fibroso nella parte sua più periferica, nel rimanente ricoperta da tessuto epatico, col quale si continuava in alto, che occupava l'angolo mediale del margine antero-inferiore del lobo destro del fegato. La cistifellea, poco distesa, era intimamente aderente e completamente nascosta da questa intumescenza che oltrepassava di qualche centimetro la sua estremità libera, interessando essa quella parte del fegato ove è scavata la fossetta cistica ed ove la vescicola biliare è già normalmente fissata in modo valido dal peritoneo che riveste la faccia inferiore del viscere.

Trattavasi di una ciste da echinococco, la cui parete connettivale

pericistica era spessa e resistente tanto da assumere in grande estensione una consistenza veramente cartilaginea, ed in alcuni punti evidentemente calcificata. Mi sembrò che convenisse l'asportazione completa col tessuto epatico corrispondente ed io la praticai. In questo caso l'intumescenza non era in relazione col fegato mediante un sottile lembo di tessuto cirrotico, come talora si è verificato, nel quale caso la resezione assume un'importanza assai relativa, ma pei suoi rapporti, volendo praticare quest'operazione occorreva sacrificare un discreto cono di sostanza epatica. E qui occorre subito una domanda. Era indicata la resezione, ovvero poteva egualmente ed anche meglio rispondere alle esigenze della cura una operazione più economica e quindi anche meno grave?

È mia ferma convinzione che nel caso speciale non convenisse praticare operazione diversa da quella che io eseguii. Bastava tentare di incidere il pericistio per convincersi che avevasi a che fare con una parete spessa, resistente, inelastica ed in gran parte calcificata. Qualunque operazione che avesse rispettato parte del pericistio esponeva a lasciare una cavità la quale chi sa mai se e quando si sarebbe colmata; ed anche ammessa questa migliore ipotesi, un grosso nodo cicatriziale infiltrato di sali calcarei sarebbe rimasto in rapporto col fegato e colla cistifellea, causa più che probabile di disturbi assai gravi.

I casi nei quali fu praticata la resezione di tratti di fegato più o meno estesi per diverse condizioni patologiche, hanno raggiunto col tempo un certo numero, però chiaro apparisce come i chirurghi non siano finora riusciti ad accordarsi circa un piano operatorio bene stabilito, che possa rispondere almeno a molte delle svariate esigenze dei casi giustiziabili con questa operazione, se non altro a quelle che si presentano costantemente. I pericoli principali di una resezione epatica sono l'emorragia, la penetrazione dell'aria nelle vene, infine la colerragia intracavitaria. Per prevenire e combattere questi inconvenienti sono stati messi in pratica espedienti vari. Si sono evitati i due primi pericoli colla ischemia preventiva provvedendo a suo tempo all'emostasia definitiva, oppure facendo senz'altro preventivamente una emostasi che potesse essere definitiva.

Si è cercato di ovviare alla colerragia intraperitoneale, tentando di ottenere, fatta la legatura dei singoli vasi sanguigni, una riunione per prima intenzione della ferita del fegato mediante la sutura, o più sicuramente (contentandosi di una seconda intenzione) fissando il moncone del fegato resecato alla parete addominale.

Sulla questione dell'emostasia nelle ferite accidentali e chirurgiche del fegato non è stata detta l'ultima parola e lo prova evidentemente il numero considerevole dei lavori sperimentali e clinici pubblicati su questo argomento, ed il bisogno anche oggi sentito di

continuare negli studi e nelle ricerche che ad esso si riferiscono. Giova fra i molti che io citi quelli non pochi appartenenti ai chirurghi italiani Postempski, Babacci, Ruggi, Clementi, Bonanno, Del Vecchio, Bastianelli, Ceccherelli e Bianchi, Tansini, Tricomi.

In tesi generale io penso che in operazioni che hanno l' importanza della resezione del fegato, nelle quali esistono serii pericoli per la vita del paziente sia miglior consiglio sacrificare l' ottimo periglioso al buono che da sufficienti garanzie e, dove sia possibile la scelta, preferire il *tuto* allo *jucunde*.

È certo che, come in generale, così nel caso speciale di ferite accidentali e chirurgiche del fegato la legatura isolata dei grossi vasi sanguinanti e la sutura starebbero a rappresentare l' ottimo fra i processi curativi, se (malgrado che si sieno ottenuti successi anche in questa guisa) per le speciali condizioni di resistenza del tessuto non rimanessero giustificati dubbi sulla sufficienza delle legature e della sutura e non fossero da temersi una emorragia ed una colerragia anche più facile a verificarsi della prima.

A me sembra che almeno finchè non sia meglio risoluta la questione delle garanzie emostatiche nella resezione del fegato, convenga mettersi, per maggiore tranquillità, in condizioni tali da prevenire con sicurezza ed all' occorrenza da potere dominare la emorragia, qualora questo grave accidente fosse per verificarsi malgrado le precauzioni prese. Nè credo sia da trascurarsi la importanza di un versamento assai abbondante e prolungato di bile nella cavità peritoneale, per quanto in proposito si siano da diversi espresse opinioni molto ottimiste.

Il compiere l' operazione senza perdere una goccia di sangue, extraperitonealmente, garantendosi dall'ingresso dell'aria nelle vene, da una emorragia consecutiva, come pure dalla colerragia intracavitaria, mi sembra che sia quanto di meglio può farsi nell' interesse del malato. A questo precetto io mi sono attenuto con vantaggio, non ricorrendo ad artifizi inspirati dalle esigenze del momento, ma eseguendo la operazione secondo un piano metodico prestabilito, che senza essere un processo originale, modifica utilmente (almeno mi sembra) certi compensi suggeriti dall'esperienza altrui.

Ecco in qual modo io mi contenni nell'operazione. Estratto dal ventre il tumore e per un certo tratto la porzione di fegato soprastante, dopo avere difeso con flanelle sterilizzate la cavità addominale, separai trasversalmente la cistifellea al di sopra del punto nel quale essa aderiva all'intumescenza e ne richiusi la cavità con doppio piano di sutura alla Lembert.

Preferii resecare la cistifellea al praticarne il distacco mediante dissezione, poichè per le valide aderenze non dava garanzia di riuscire tale da non compromettere la nutrizione del tratto dissecato, Ciò fatto, ricorsi per l'ischemia alla legatura elastica, adoperata già

da Terrier, da Terrillon, da Lucke in simili casi, modificandone però il procedimento nella seguente maniera. Applicai circolarmente, a due centimetri di distanza dall'estremo superiore dell'intumescenza, un tubo a drenaggio del n.° 2 curando di stringerlo moderatamente per non lacerare il tessuto epatico, ciò che succede con facilità specialmente verso il margine tagliente del viscere; quindi con un ago quasi retto, passai subito al di sopra del piano ove era stato applicato il laccio cinque anse di seta a doppio e di ogni ansa, sia da un lato che dall' altro, passai uno dei fili al di sopra del tubo elastico, lasciando l'altro al disotto. Annodando i due capi dei fili essi vennero stretti sul tubo elastico da ambedue i lati, venendo così la pressione elastica ad esercitarsi in modo più energico di prima ma frazionatamente su tanti segmenti del futuro peduncolo, quanti erano quelli limitati dalle singole anse.

Così operando io otteneva diversi vantaggi: 1.° che il tubo elastico non potesse scorrere e lasciare la presa dopo amputato il pezzo da asportare; 2.° che la compressione elastica non fosse nè troppo forte da lacerare il tessuto, nè troppo debole in modo da non esercitare efficace influenza costrittiva sulle parti centrali del moncone. 3.° di potersi valere degli stessi fili per la valida, sicura fissazione del moncone alla ferita addominale, senza che vi fosse, per il modo col quale erano posti ed assicurati, alcun pericolo esercitando su di essi anche una trazione più che discreta.

Assicurata nel modo sopraesposto la emostasia preventiva e definitiva del fegato, amputai il viscere al di sopra dell'intumescenza a circa un centimetro dal laccio elastico. Dal moncone non uscì neppure una goccia di sangue. Suturato circolarmente il peritoneo viscerale e la cassula soprastante al laccio al peritoneo parietale dei margini della ferita, ridottala a dimensioni sufficienti per il moncone, fissai questo alle labbra della ferita addominale, valendomi delle anse di seta annodate sul tubo elastico.

Il decorso postoperativo fu dei più regolari, se togli il vomito da cloroformio nelle prime 24 ore. La temperatura una sola volta ascese a 37°, 4. Il laccio ed i fili si distaccarono in 7.ª giornata. Per una ventina di giorni si verificò dalla superficie del fegato resecato una perdita moderata di bile, che cessò appena un buon tessuto di granulazione ebbe ricoperto il fondo della cavità rimasta dopo la caduta del laccio. La guarigione si è fatta completa e definitiva.

Il pezzo asportato pesava 68 grammi. Trattavasi di una ciste da echinococco piena zeppa di cisti figlie, con parete avventizia che in alcuni punti aveva un centimetro di spessore, durissima e resistente anche al taglio per ispessimento fibroso e per una estesa calcificazione, tanto che per farne delle sezioni istologiche è stato necessario decalcificarla. Il processo di calcificazione è avvenuto nello spessore non sulla superficie interna del pericistio ed è notevole specialmente

nei tratti più periferici; quivi trovansi anche numerosi granuli di ematoidina che, dopo le esperienze del Habran, si ritiene che non siano da considerarsi come residuo di emorragie, ma sibbene di origine biliare.

Se si tiene conto che Langenbuck e Wagner dopo la resezione di lembi epatici peduncolati ed a peduncolo fibroso, essendosi fidati delle legature ed avendolo affondato, ebbero gravissime emorragie, tanto che uno degli operati fu perso, credo che debba convenirsi che è buon partito quello di mettersi al sicuro, come io ho fatto, dai pericoli più gravi immediati e consecutivi. E mentre in alcuni singoli casi può essere utile ricorrere a qualche speciale espediente, scegliendo quello che meglio conviene fra i varii che furono consigliati in base alla esperienza clinica e di laboratorio, ritengo che, dovendo escidere per un certo tratto un lembo epatico, possa essere utilmentè adottato il processo messo in pratica da me nel caso che ho testè riferito.

BIBLIOGRAFIA.

Auvray. — Étude sur les divers procédés de résection du foie. Paris, 1897.
Babacci. — La sutura elastica del fegato. Atti della Soc ital. di chirurgia, 1889.
Bastianelli. — Emostasia preventiva e definitiva nelle operazioni del fegato. Il Policlinico, 1898.
Bonanno. — Emorragia del fegato. Atti della Soc. ital. di chirurgia, 1890.
Idem. — Nuovi esperimenti sulla emostasia del fegato. Atti della Soc. ital. di chirurgia, 1891.
Bruns. — Resezione del fegato per echinococco multiloculare Riforma medica, 3 ottobre 1896.
Ceccherelli. — La Resezione del fegato. Bollettino della R. Accademia di Medicina di Torino, 1884.
Ceccherelli e Bianchi. — Nuovo processo di sutura per l'emostasi del fegato XI. Congresso intern. di medicina, Roma 1894, T. V.
Chauffard. — Traité dè médecine di Charcot, Bouchard, Brissaud, T. III.
Clementi. — Emostasi nella resezione del fegato e pericoli della presenza della bile nella cavità peritoneale Atti della Soc. ital. di chirurgia, 1891.
Idem. — Legatura immediata dei vasi nelle ferite del fegato. Atti della Soc. ital. di chirurgia, 1892.
Del Vecchio. — Resezione e sutura del fegato. XI Congr. intern. di medicina, Roma, 1894, T. IV.
Habran. — De la bile et de l'hématoidine dans les kistes hydatiques du foie. Thèse de Paris, 1869.
Langenbuck. — Ein Fall von Resection eines linksseitigen Schnürlappens der heber. Heilung. Berl. klin. Woch, 1888. n. 3.
Loreta. — Echinococco del fegato. Resezione del fegato. Escisione della ciste. Raccoglitore medico, 1887.
Lücke. — Entfernung des linken krebsigen Leberlappens. Centralbl. f Chir. 1891, n. 6.
Postempski. — Studi clinici e sperimentali sopra le ferite di alcuni visceri addominali. Roma, 1885.
Riedel. — Ueber den zundenformigen Forsats des rechten Leberlappens, eto Berl. klin. Woch., 1888, n. 29-30.
Ruggi. — Studio clinico ed anatomo-patologico su di una donna operata di parziale epatectomia. Atti della Soc. ital. di chirurgia, 1889.
Tansini. — Estirpazione totale di ciste alveolare di echinococco del fegato con resezione parziale del lobo sinistro. Rassegna delle Scienze mediche, 1892, VI.
Terrier. — Kyste hydatique de la face inferieure du foie. Bull. et mém. de la Soc. de chir., 1885.
Terrillon. — Ablation partielle du foie. Acad. de méd. 12 agosto, 1890.
Triccmi. — Adenoma del lobo sinistro del fegato. Resezione, etc. Il Policlinico, 1894.
Idem. — Esperimenti sulla emostasi del fegato. Il Policlinico, 1893.
Wagner. — Bericht ueber die Verandlungen des XIX chir. Congress, 1898.

Istituto di Clinica Chirurgica della R. Università di Parma
diretta dal Prof. ANDREA CECCHERELLI

L'EMOSTASI
NELLE
OPERAZIONI SUL FEGATO

Studio sperimentale

del Dott. GIULIO BONFANTI CAPONAGO

(Continuazione e fine. V. N.° 2)

Intanto il getto di vapore porta un eccitamento tale sulle tuniche vasali da produrre una forte retrazione, che si esplicherà con un vero accartocciamento dell'intima, quando arrivi a stimolarla direttamente; questo stimolo però non è solo limitato a questo strato dell'arteria, e mi pare di poterlo decisamente asserire, basandomi sulla esperienza ultima. Là si ebbe una retrazione forte delle due tuniche avventizia e muscolare, sulle quali primariamente, e più energicamente aveva agito il vapore, l'intima era solo all'estremità accartocciata. E per vero il getto arrivando sull'arteria in senso perpendicolare aveva dovuto prima agire sulle membrane esterne, mentre l'intima fino a un dato momento rimaneva in certa guisa da queste protetta.

Possiamo stabilire un altro fatto, e cioè fino a che punto arrivi la potenza di questo mezzo per ottenere l'emostasi arteriosa. Per risolvere questo quesito mi sono portato colle mie esperienze fuori dall'organo fegato e feci agire il vapore dove si poteva meglio manovrare e quindi meglio portare l'attenzione su ciò che accadeva. Le ultime tre esperienze dimostrano chiaramente quale sia la potenza di questo mezzo.

Nel primo caso si ebbe è vero l'emostasi ma dobbiamo però non dimenticare come il cane avesse perduto considerevole quantità di sangue nel primo momento dell'operazione, è quindi razionale ammettere come la pressione endoarteriosa si fosse in quel caso notevolmente abbassata, e allora molto più facilmente si ottenne la formazione del coagulo.

È risaputo da tutti come spesso in casi di emorragie gravissime, sia il deliquio, che, portando un abbassamento repentino della pres-

sione endovasale, produce anche la cessazione dell'emorragia. La penultima esperienza riuscì completamente, ma non va dimenticato come il cane fosse molto piccolo, e di conseguenza piccolo il calibro dell'arteria. Del resto l'ultima esperienza dimostra chiaramente come quando il calibro raggiunge una certa dimensione e la pressione sia di una certa entità, anche questo mezzo è impotente.

Ora nel cane anche voluminoso le arterie del fegato appena raggiungono un millimetro di diametro, mentre nell'uomo sono di un parecchie volte maggiore. Circa le vene pare che si possa avere un'accartocciamento del vaso rilevante, e possa formarsi al di sopra un ponte abbastanza resistente di coagulo: ciò non ostante la pressione è rilevante sia nelle sopra epatiche come nelle diramazioni portali, pressione che certo porterà a un distacco del coagulo per poco che su di esso si eserciti qualche maltrattamento.

Circa la sua azione sulla emorragia non solo parenchimale, ma anche dei piccoli vasi, è per davvero sorprendente.

Non è un'escara che produce, quindi non vi lascia in sede un pezzo di tessuto abbruciato, è invece un coagulo gelatinoso che viene colla massima facilità assorbito dai tessuti circostanti.

Accennai come alcuni autori adoperino per il fegato quali mezzi emostatici la gelatina, la fibrina, il bianco di uovo, anche nell'intendimento di portare un mezzo nutritivo sulla ferita, acciò avvenga più facilmente o la cicatrizzazione, o meglio ancora (ciò che però essi non hanno potuto riscontrare) una vera rigenerazione in sede del tessuto epatico. Ora questo coagulo non rappresenta forse un mezzo eccellente di nutrizione? Esso nel suo complesso è costituito dagli elementi sanguigni, non distrutti come nell'escara, ma solo in parte modificati. Quindi dovrebbe agire di per sè stesso come emostatico, e per di più ad esso si aggiunge il fatto dello stimolo meccanico o termico portato dal vapore. In quanto alla nutrizione che porta alla parte, è un fatto che in breve tempo la ferita si trova cicatrizzata, o diremo meglio la superficie cruentata non presenta altro che un arrotondamento del bordo epatico con altre note caratteristiche.

Ed è naturale che tale sia la sua azione visto la natura di tessuto dato da albuminoidi che non furono alterati gran fatto dall'azione termica. Presenta poi l'altro vantaggio dell'essere sicuramente sterile tanto per la sua origine, quanto per l'azione del mezzo che ha agito, ciò che solo con gran difficoltà e non in modo assoluto si può ottenere pei tessuti nutritizi suaccennati. All'autopsia in nessun cane ho trovato nel peritoneo tracce di aderenze che stessero a rappresentarci fatti flogistici, o di una reazione esagerata, ad onta che abbia talora indirizzato il getto direttamente sulle anse intestinali. E questo è un fatto raro a riscontrarsi nelle laparotomie praticate per altri scopi ove si trovano sempre in seguito dei prodotti che si riferiscono a quel dato atto operativo; e questo è un fatto che ha una grandissima importanza.

E ora prima di dare la descrizione di quanto ho riscontrato all'esame istologico della superficie di resezione, sia poche ore come due mesi dopo l'operazione, siccome l'argomento entra in certo modo nel campo tanto dibattuto della rigenerazione dell'organo stesso, non mi pare opera vana toccare anche questo argomento tanto importante.

Il Tizzoni ritiene come non avvenga nel campo della ferita epatica una semplice rigenerazione, ma una vera e propria neoproduzione; cioè si abbia del nuovo tessuto istologicamente costituito come il fegato, ma che si spinge oltre i suoi limiti fisiologici.

Egli trovò che in corrispondenza al punto da lui lacerato vi era una protuberanza di tessuto epatico in forma di una bietta, composto da cellule con parecchi nuclei, segno secondo lui di moltiplicazione cellulare e non di infiltrazione di leucociti.

Per questa proliferazione si avrebbe la formazione di tanti cilindri protoplasmatici, in diversa foggia disposti, contenenti numerosi nuclei ovali, allungati, globuli albuminosi e numerosi granuli di pigmento biliare. Frammezzo a questi un connettivo stipato in forma di connettivo cicatriziale e diviso dai cilindri da una zona chiara solo differente da quella che costituisce l'origine dei dotti biliari perchè più ampia e irregolare. E solo in seguito avverrebbe la formazione dei tramezzi che verrebbero a trasformare questi cilindri protoplasmatici, in veri cordoni cellulari, alcuni dei quali si canalizzerebbero, disponendosi attorno al tubo centrale, le cellule simmetricamente disposte, e venendo ad assumere l'aspetto di cellule epiteliali di rivestimento.

Si verrebbe così a costituire un vero e proprio tessuto epatico funzionante; solo differente dal resto per la disposizione dei suoi elementi non ad acino, ma a trabecola lungo i fasci del connettivo.

Il connettivo dell'omento che si fa adeso intimamente a questo nuovo tessuto, non prenderebbe parte attiva a tutto questo processo rigenerativo, ma solo servirebbe da stroma di sostegno.

Il Colucci si allontana dal Tizzoni e dal Griffini nell'interpretazione della restaurazione di questo parenchima epatico. Per il Colucci sarebbero i leucociti che formano il nuovo tessuto. Sarebbe a spese dei globuli bianchi fuori usciti che si formano le giovani cellule epatiche, provvedute dapprima di un grosso nucleo voluminosissimo; a poco a poco il protoplasma diverrebbe granuloso, e la cellula prende insensibilmente i caratteri di una cellula epatica normale.

Il Griffini invece che forse primo studiò la questione e che esperimentò su larga scala, portando un contributo di ben sessanta esperienze, dice come dall'osservazione di queste ferite a parecchie date dal momento in cui si sono praticate, si abbia dapprima emorragia, quindi una iperemia collaterale con mortificazione parziale dei bordi della ferita. Si ha sempre nella ferita stessa un coagulo sanguigno più o meno voluminoso, anche quando una porzione di epiploon si è

intromesso fra i margini più superficiali. La rigenerazione secondo lui avverrebbe per una contemporanea proliferazione del connettivo interacinoso e dell'epitelio dei dotti biliari già preesistenti. Il connettivo dapprima, secondo il Griffini, riveste i margini della ferita, quindi invade come connettivo giovane il coagulo sanguigno e ad esso si sostituisce in forma di connettivo adulto, stipato.

Intanto l'epitelio proliferebbe ma in forma di cordoni cellulari con disposizione a larghe maglie, e non come cilindri protoplasmatici. Alcuni di questi cordoni conterebbero un forellino che costituirà in seguito il canalicolo biliare, non dati, come afferma il Tizzoni, dagli spazi chiari attorno ai cordoni stessi.

Il Prof. Corona fa le sue esperienze sui cani e costituisce come una specie di complemento ai tre lavori antecedenti. Colle sue esperienze viene alle seguenti conclusioni: come diciassette giorni dopo l'atto operativo, praticato pressochè nelle stesse condizioni degli altri suaccennati, il tessuto epatico di nuova formazione è costituito per intero in certi punti coll'apparenza di trabecole che si avanzano nel tessuto connettivo cicatriziale. Talune di queste trabecole sono già canalizzate.

Il Prof. Corona circa l'origine di queste trabecole per così dire di rigenerazione epatica, è dell'opinione del Tizzoni; per lui derivano dalle cellule epatiche già preesistenti, e non certo dai globuli bianchi come sosterrebbe il Colucci.

La teoria del Colucci si può escludere a priori, non solo coll'osservazione dei preparati microscopici alla mano, ma anche perchè è in perfetta contradizione colle idee della moderna fisiologia e fisiopatologia. Le celebri sentenze del Darwin — omne vivum ex vivo — e di Redi — omne vivum ex ovo — dopo gli studî del Wirkow e Remak furono confermate e solo modificate nell' — Omnis cellula ex cellula — ed è proprio in questi giorni che prendono la prevalenza le idee quasi divinate da Virckow della importanza dei tessuti fissi e della impossibilità che gli uni si trasformino negli altri.

Ora come si potrebbe concepire la trasformazione dei leucociti in cellule a conformazione già complessa e aventi una funzione speciale di altissima importanza come è quella della cellula epatica? quando poi si sa che per ciascun ordine di cellule vi è un protoplasma diversamente costituito sicchè la costituzione degli elementi dei vari tessuti viene ad essere enormemente diversa.

Il Petrone che ha studiato il quesito, non dal punto di vista sperimentale, ma in rapporto ai processi distruttivi, specie lenti nel parenchima epatico, afferma come si abbia la tendenza alla rigenerazione dell'organo che si fa ordinariamente sotto forma di cordoni di aspetto embrionale con duttolini biliari e come questa attività stia nelle cellule epiteliali non solo dei dotti, ma anche del parenchima stesso. L'abbondanza poi del connettivo che si trova in questo nuovo tessuto la spiegherebbe colla formazione dei nuovi vasi sanguigni.

Secondo poi Ughetti, Babacci e Clementi le ferite si riparano molto rapidamente, ma solo per mezzo di un comune processo di cicatrizzazione a base di connettivo interstiziale. Per loro la rigenerazione del tessuto epatico, come l'abbiamo fino qui intesa, non avverrebbe che nelle ferite superficialissime.

Canalis nelle sue esperienze procedette esportando delle porzioni rilevanti di fegato e vide come il parenchima dei bordi della ferita, prende attiva parte alla riparazione della perdita di sostanza, per una moltiplicazione dei suoi elementi glandulari, che avviene per cariocinesi. L'eccitazione che risveglia questa attività rigeneratrice si estenderebbe abbastanza lontano dai bordi della ferita e per un tempo abbastanza lungo.

Si avrebbe come risultato l' iperplasia del tessuto epatico, che verrebbe a costituire la cicatrizzazione. Si avrebbe quindi una vera rigenerazione delle cellule epatiche, e il connettivo di sostegno trarrebbe sua origine dal connettivo interacinoso.

Dall'epitelio dei canalicoli biliari preesistenti trarrebbero origine i nuovi canalicoli biliari, dai quali poi deriverebbero le cellule del parenchima rigenerato.

Ponfik studiò la rigenerazione sotto un altro punto di vista, non limitandosi cioè alla semplice osservazione del campo per così dire operatorio, ma anche nel tessuto stesso epatico. Egli intanto stabilì come sia possibile esportare metà ed anche tre quarti della glandola epatica in conigli senza che l'animale ne risenta gran danno.

E come ne avvenga rapidamente una rigenerazione del tessuto non solo istologica ma anche funzionale come del resto potè constatare von Meister dosando l'urea a questi animali.

Egli inoltre potè mostrare come accanto al processo di rigenerazione la parte esportata ne esista un'altra di iperplasia della parte già preesistente.

La modificazione che si osserva e che costituisce l'aumento del volume del fegato è data dalla ipertrofia dei globuli sì da raggiungere un volume tre o quattro volte maggiore, e di più diventare la sede di una iperplasia cellulare. È infatti facile trovare, specie alla periferia dei lobuli dei gruppi di cellule di nuova formazione. Si ha quindi nei lobuli una moltiplicazione di giovani cellule provenienti dalle antiche preesistenti.

Macroscopicamente si vede come questa porzione di fegato rimasta in posto subisca un cambiamento di colore, diventi di aspetto più lucente dovuto alla presenza di cellule maggiormente ricche di protoplasma.

Secondo Von Meister questa rigenerazione durerebbe per tre o quattro settimane, ed il sistema capillare prenderebbe parte attiva disponendosi però in senso diverso del parenchima comune. Nel suo primo inizio si avrebbe una iperemia che incomincia già dalle prime

ore dopo l'ablazione. Al principio del secondo giorno si rileverebbero i primi fatti della proliferazione cellulare. Alla fine del secondo giorno il processo rigenerativo si manifesterebbe per l'ipertrofia dei corpi cellulari e dei loro nuclei che divengono ricchi di cromatina. Le cellule centrali dei lobuli anzichè partecipare a questa proliferazione, sembra che sieno compresse e in certo modo atrofiate dall'accrescimento delle periferiche. L'epitelio vascolare e quello dei dotti biliari partecipa pure a questo processo rigenerativo.

Il Kahn in un suo studio sulla rigenerazione del fegato negli stati patologici, fa precedere un capitolo dove parla appunto della rigenerazione sperimentale negli animali e viene a concludere concordemente agli autori precedenti. Inoltre afferma come fatto importante che il processo di rigenerazione si compie seguendo la disposizione lobulare preesistente, ed è solo nel nucleo e nel protoplasma che le cellule assumono dei caratteri speciali.

Fa notare come questi fenomeni non si avverino solamente nel caso della resezione, ma anche in seguito ad altri mezzi di distruzione di parenchima epatico, come la legatura dell'arteria epatica fatta da Janson a Stockolm, la legatura del coledoco fatta da Charcot e Gombault, Foà e Salvioli, Belonchon, Canalis, nel qual caso si ha pure proliferazione delle cellule epatiche per cariocinesi, proliferazione del tessuto conettivo interlobulare, e dell'epitelio dei canali biliari.

Sono importanti queste osservazioni del Kahn e cioè: in seguito a una ferita la moltiplicazione cariocinetica delle cellule epatiche conduce a una iperplasia permanente del parenchima e quindi a un compenso della perdita di sostanza. In seguito alla legatura del coledoco e dell'art. epatica, la cariocinesi rappresenta solo una tendenza a supplire la diminuzione di tessuto glandolare. In altri termini, se sarà persistente la causa di distruzione del parenchima, e il processo di necrosi subentrerà a quello rigenerativo, sarà solo temporanea la distruzione, alla fine prenderà il sopravvento il processo rigenerativo. Se la distruzione avverrà gradatamente, il processo rigenerativo e l'adattamento seguiranno un cammino parallelo sicchè l'organo non ne risenta danno.

Come poi si comporti il fegato umano in seguito a parziali esportazioni, credo non sia stato finora studiato, o almeno se lo fu non lo si rese di pubblica ragione. Abbiamo però sempre in compenso di questa mancanza, l'osservazione anatomo-patologica di certi stati morbosi, quali le cirrosi che corrisponderebbero in certo modo alla occlusione dei vari canali che al fegato vanno e da esso provengono.

Una specie per noi importante è un altro ordine di stati patologici, che ci viene a sottrarre una parte di parenchima epatico, rispettando completamente il resto, solo essendo così differente dall'azione del chirurgo, per il tempo che impiega a prodursi, voglio alludere cioè alle cisti idatiche.

Ora già il During aveva osservato come nel caso di cisti idatica di un lobo del fegato il rimanente aumenta considerevolmente di volume, e venne quindi alla conclusione che si trattasse di una ipertrofia vicariante.

Fu il Ponfick che studiò al microscopio questa ipertrofia vicariante nei casi di cisti idatica nell'uomo; e ritrovò in essa gli stessi identici fatti dei conigli di cui si era servito di esperimento, cioè la proliferazione cellulare, la comparsa di nuovi gruppi glandolari, una formazione di neocanalicoli biliari. Vi è però una differenza ed è che nell'uomo la neoformazione è irregolare, non ricorda il rimanente del parenchima, non ha disposizione raggiata, ma le cellule sono più o meno irregolarmente addossate le une alle altre dando dei canalicoli sinuosi irregolari.

Lo stesso Zandoch nel suo studio a proposito di quattro casi di cisti idatiche del fegato è venuto press'a poco alle stesse conclusioni.

Mentre fino a questi ultimi tempi non si parlò che di rigenerazione perfetta delle ferite epatiche, è strano come proprio ora insorgono due autori, il Cornil e il Carnot, i quali pure ammettendola come possibile, dichiarano che fu a loro difficilissimo ottenerla, e solo a caso, avendo sempre, quale risultato delle loro numerose esperienze come esito finale un vero tessuto cicatriziale; ad onta che si sforzassero a coadiuvare l'energia cellulare con dei mezzi di ipernutrizione quale la gelatina, la fibrina, il bianco d'ovo che applicarono sulla ferita stessa.

I risultati che ebbero questi due autori sono importantissimi. Essi però si preoccuparono solo di ciò che avviene in seno alla ferita stessa, trascurando completamente ciò che avviene in tutto il resto del parenchima epatico.

Questi due autori cominciarono col praticare una semplice puntura del parenchima epatico mediante un bisturi, in modo da non avere perdita di sostanza, e le due superfici in perfetto coalito, solo separate da un sottilissimo strato di sangue. Or bene poterono osservare che mentre le cellule epatiche dei margini della ferita erano mortificate, si aveva l'attività delle cellule endoteliali dei vasi e del connettivo che proliferando, emettendo prolungamenti si anastomizzavano con quelle dell'altro lato, insinuandosi nella trama della fibrina e così già al settimo giorno si aveva la formazione di connettivo giovane, che passava poi a connettivo cicatriziale. Identici risultati li ottennero facendo con un rasoio delle ferite abbastanza lunghe, ma fra di loro a contatto. In altre esperienze incisero il parenchima epatico con un tubo d'argento tagliente in modo da isolare una parte simile a un cilindro, attorno alla quale si formava sempre una cicatrice circolare. Il cilindro risultante poi se non era staccato alla sua base continuava ad essere vitale, grazie all'irrorazione dovuta ai nuovi vasi formanti la cicatrice; se invece veniva staccato alla base,

e poi rimesso in posto, le cellule epatiche mortificate non mantenevano il tessuto epatico normale, ma si aveva una riparazione come negli infarti consecutivi a obliterazione delle arterie.

In altre esperienze praticarono delle ferite a V, ricolmando la perdita di sostanza con della fibrina asettica fresca o anche cotta e ne ebbero come risultato, che la ferita si ripara assai presto, e la fibrina è in capo a cinque o sei giorni invasa nella più gran parte della sua estensione da vasi di neoformazione e da cellule plasmatiche. In principio si trova ai bordi della ferita un sottile strato di cellule epatiche mortificato, mentre e il connettivo, e l'endotelio dei vasi sanguigni e biliari non si mostra punto leso. Le cellule endoteliali possono assumere la forma di cellule giganti; e la formazione di simili cellule è sempre preceduta dal deposito di gran numero di leucociti.

Colmarono ancora la perdita di sostanza con una spugna imbevuta o in gelatina, o in bianco d'oro e ottennero pressochè gli stessi risultati, solo in un tempo molto più lungo sì da avere le parti centrali della spugna venti giorni dopo ancora invase da sangue non ancora organizzato.

La cicatrice può essere anche ricoperta dall'epiploon; nel qual caso si ha una cicatrice fibrosa che dà una dissociazione del tessuto epatico preesistente.

Importantissima è poi quest'ultima conclusione che a questi due autori è dato di ritrarre dalle esperienze, e che cioè: *Gli agenti attivi della cicatrice sono le cellule endoteliali e plasmatiche, le cellule epatiche non vi rappresentano alcuna parte.*

Le alterazioni portate dal trattamento sopra descritto all'esame obiettivo di pezzi riveduti dopo periodi di tempi diversi, si mostrano diversi precisamente nel rapporto alle varie epoche, nelle quali furono staccati.

Già ad un esame grossolano appare evidente una differenza fra pezzi staccati dopo due giorni dal trattamento e pezzi staccati dopo due mesi. Questa differenza ripeto è veramente grandissima, e tale per cui, come dirò più avanti, l'interpretazione dei fatti diventa oltremodo difficile, poichè in molti casi si resterebbe realmente in dubbio, e quasi si crederebbe che la neoproduzione di tessuto epatico fosse cosa facile e comune, che si riproduca in quantità abbondantissima, benchè la sua disposizione sia alquanto diversa da quella normale, conservandosi però inalterata l'individualità degli elementi fondamentali.

Per quanto riguarda la questione principale, e che costituisce il tema del mio lavoro cioè dell'azione del getto di vapore come emostatico vi sono realmente nei miei preparati delle note importanti. Benchè, come ho già detto, mi proponga di parlare di ciò che si riferisce alla rigenerazione più innanzi, non posso a meno di dire fin d'ora che già a piccolo ingrandimento l'aspetto complessivo dei

preparati di due giorni e di due mesi offre delle note spiccatissime di variazione nel senso che in quelli di due giorni la struttura del fegato risente la sua distribuzione classica di lobuli, canalicoli concentrici e canale centrale, mentre invece quelli di due mesi offrono l' aspetto disordinato in cui non havvi alcuna traccia di distribuzione di lobi e sarà appunto su di ciò che dovrò tornare più avanti. Per ora mi basti di notare che il getto di vapore spinto sopra una regione di fegato fa riconoscere due fatti: primo che una cicatrice densa limita l'organo, e che le parti dell'organo confinanti colla cicatrice si mostrano quasi perfettamente normali. Questa cicatrice già a due giorni di distanza dall'intervento sperimentale mostra una evidente disposizione stratificata. Questi strati sono molteplici, e costituiti dal protoplasma di cellule epatiche fuse, entro le quali si notano impigliati i nuclei delle cellule sfasciate, qualche globulo bianco, globuli rossi e maglie di fibrina.

Lo strato più denso di aspetto fibrillare è lo strato interno confinante cogli elementi specifici del fegato. Avvicinandosi alla periferia le stratificazioni sono alquanto più rare e maggiore il numero degl elementi globulari del sangue che hanno conservato a un dipresso la loro figura normale. Come è detto nel capitolo ove sono descritti gli atti operativi delle imponenti emorragie interstiziali venivano sedate nello spazio di cinque o dieci secondi e lo strato solido che si andava formando restava come un tappo definitivo contro qualsiasi ulteriore emorragia.

Ed il reperto microscopico dà perfettamente ragione di questa osservazione sperimentale.

Come ho detto più sopra, lo strato più interno di questo coagulo che va organizzandosi confina in molti punti bruscamente con cellule epatiche ben conservate. In altri punti invece se queste presentano qualche alterazione questa è dovuta solamente alla loro disposizione ma non già a quanto pare alla loro interna struttura.

Le variazioni della disposizione sono dovute al leggero spandimento che avviene per qualche tempo, probabilmente ancora fra il coagulo formatosi e il vaso leso.

Ma questi spandimenti per vero sono straordinariamente piccoli e di poco rilievo poichè non si vede mai in nessun punto che il coagulo abbia menomamente piegato o ceduto sotto la loro pressione. Essi sono forse dovuti al solo fatto che il taglio di un lembo di organo ha interrotto molte delle intelaiature che mantengono la compagine dell'organo per cui la cedevolezza dei tessuti, trattandosi di fegato sempre grandissima, veniva in tal modo ad essere aumentata consentendo così una facilità maggiore allo spandimento. Pure questi sono affatto esigui poichè appunto la celerità della formazione del coagulo oltre allo stabilire un vero tampone contro ogni boccuccia che gittava sangue e ciò nello spazio di pochi secondi veniva anche

a costituire prontissimamente una vera lamina elastica di sostegno a tutto l' organo nel punto leso. Infatti si vede che gli strati fibrinosi hanno dei rilievi e dei rialzi che sono in rapporto con tutte le interruzioni dell'impalcatura connettiva dell'organo. In tal guisa viene posto un freno all' emorragia con due meccanismi diversi e convergenti. 1.° Si poneva un vero tappo di coagulo contro le boccuccie sanguinanti. 2.° Avveniva un allacciamento di tutte le interruzioni sopra il coagulo improvvisamente formatosi in modo che venivano limitate e impedite le distensioni dei tessuti che a loro volta avrebbero determinato ectasie vasali e nuove emorragie pur anco sotto il coagulo superficiale appena formatosi.

Relativamente a ciò che concerne la rigenerazione dell' organo ho esaminato delle sezioni tolte dal fegato dopo due mesi della resezione, e tolte sia sulla superficie della cicatrice stessa come in punti lontani da questa e non mi fu mai possibile riscontrare il minimo accenno alla cariocinesi. Già da un esame macroscopico delle cicatrici epatiche tolte a diversi periodi di tempo dall' atto operativo si vede come tanto più ci allontaniamo dal giorno dell'operazione e la cicatrice diventa sempre più arrotondata nel suo complesso con una retrazione nella sua parte centrale, adattandosi nel suo complesso secondo le linee dell'organo fegato, come avviene del resto anche nelle cicatrici di altr organi.

All' esame microscopico risulta che lo strato superficiale sopra descritto che prima non è che un coagulo diventa con evidenza il canevaccio di una cicatrice superficiale solida che non permette ulteriore aumento dell' organo in quel punto, non solo, ma che bensì, come risulta dai preparati, in prosieguo di tempo tende a portare una diminuzione del numero degli elementi. Si ha un ispessimento del connettivo interno lobulare e specie del perivasale, il che viene a portare una diminuzione dei lobuli stessi, e la disposizione irregolare osservata da tutti quanti si occuparono di questo argomento. Questo fatto era già osservato dal Prof. Ceccherelli nell' 84 che in un suo lavoro in proposito credeva di poter asserire come vi fosse una proliferazione del connettivo interacinoso, e che questo appunto insieme all'organizzazione dei globuli bianchi veniva a costituire la cicatrice.

Per ciò che riguarda la cariocinesi, ripeto: ho ricercato pazientemente in tutto il margine epatico corrispondente alla cicatrice e nello spessore dell' organo, ma non mi venne mai dato di trovarvi il menomo accenno. Se in qualche punto qualche nucleo si mostrava pure un po' ingrandito in esso anche coi più potenti ingrandimenti non ho mai potuto scorgervi accenno a cariocinesi.

Conclusione.

La chirurgia epatica è ancora oggi al suo inizio, causa le gravi difficoltà che presenta specie per ottenere una buona emostasi.

Il vapore sotto pressione si può oggi ritenere come l'emostatico migliore quando sia coadiuvato dalla preventiva costrizione dell'organo e dalla legatura dei vasi maggiori.

È utile. Primo: per la sua potenza emostatica nelle emorragie dei piccoli vasi. Secondo: perchè permette una cicatrice per prima intenzione non producendo escara. In terzo luogo: per la tenace aderenza del coagulo che si forma, e per la nutrizione che porta come coagulo di sostanze albuminose sulla superficie cicatrizzante.

Per ciò che riguarda la rigenerazione dell' organo non mi fu mai possibile riscontrarne traccia. Il ritorno allo stato normale della attività fisiologica del fegato riscontrato dal Ponfick ed altri ritengo sia dovuto più ad un adattamento dell'organismo, che ad una reintegrazione funzionale dell' organo.

Parma Ottobre 1900.

Nota. — Della parte che concerne l' emostasi col vapore sotto pressione ed aria sovrariscaldata ne fu reso conto sommariamente al Congresso Italiano di Chirurgia nell' ottobre a Roma. In questi giorni poi è comparso nella Clinica Moderna un pregevole lavoro del Dott. Fabbrini eseguito nella Scuola di Patologia Generale di Pisa. In questo lavoro si conclude a proposito del vapore d' acqua sotto-pressione che se la sua azione è regolata e limitata produce nei tessuti alterazioni minime e poco estese. Fa coagulare il sangue appena su dai vasi dando luogo alla formazione di quel sottile coagulo che ricopre tutta la superficie cruenta e si estende in parte in piccoli trombi anche nel lume dei vasi di minore calibro. Non si ha quindi la formazione di un' escara dura che in secondo tempo deve eliminarsi, ma di un coagulo molle, sottile e molto aderente che viene mano mano sostituito da tessuto connettivo.

Istituto di Clinica Chirurgica della R. Università di Pisa
diretto dal prof. A. Ceci.

SULLA SINTOMATOLOGIA E SULL'INTERVENTO CHIRURGICO
NELLE FRATTURE
della porzione cervico-dorsale della colonna vertebrale
accompagnate da lesione midollare

Note cliniche con speciale riguardo al comportarsi dei riflessi nelle lesioni trasverse totali del midollo spinale

PER IL

Dott. RINALDO CASSANELLO

Assistente

Una comunicazione del Dottore Filiberto Jacobelli (1), comparsa nel numero di Agosto dell'ora decorso anno della *Clinica Chirurgica* su di un caso di frattura della colonna vertebrale con lesione del midollo spinale in cui egli è intervenuto chirurgicamente, insieme ad altre isolate e non molto infrequenti relazioni venute alla luce in questi ultimi anni di interventi infruttuosi in casi di traumatismi dello speco vertebrale, in cui era concomitante una grave ed irrimediabile offesa midollare, mi hanno deciso a rendere noti due casi da me osservati e studiati di frattura della regione dorsale della colonna.

Mi sono deciso a ciò perchè dall'esame dell' argomento, che si connette all' intervento o no nei traumi del rachide con lesioni del midollo spinale, mi sono convinto come regni ancora nel campo chirurgico indecisione e controversia assai spiccate, dovute l'una e l'altra al fatto che non sempre si hanno di mira nel determinarsi all'intervento criterii semeiologici e clinici esatti. Non pochi Chirurghi si lasciano indurre ad agire in casi di fratture con manifesta grave lesione midollare sol perchè essi prendono quasi esclusivamente in considerazione la lesione ossea della colonna sia valutando minuziosamente l'obbiettività clinica in cui essa si presenta sia studiandone attentamente il meccanismo di produzione.

Così il più spesso si interviene in quei casi di trauma in cui l'esame dell'ammalato mostra chiaramente che in seguito all' agente

traumatizzante uno o più pezzi dello speco vertebrale, in generale apofisi spinose o archi vertebrali, sono stati spinti, introflessi contro il cedevole tessuto del midollo spinale; il chirurgo guidato dal reperto della lesione ossea e dal modo con cui essa si è prodotta, e unicamente preoccupato dal concetto di togliere il frammento osseo che fa la pressione sul midollo interviene, ed esegue la *laminectomia.*

Senza avvisare che ciò solo non basta; che egli deve andare più in là; deve esaminare e scrutare più intimamente il caso; vedere cioè se il frammento spostato ha leso solo in modo, per così dire, superficiale, il midollo, lo comprime semplicemente o lo ha offeso parzialmente di modo che tolta la causa danneggiante, il midollo possa reintegrarsi nella sua funzionalità.

O pure il colpo è stato troppo violento; il midollo ne è stato completamente lacerato, o spappolato o distrutto, quindi ogni intertervento è per lo meno inutile. Fino a questo si deve portare l'indagine del chirurgo, di stabilire cioè se la lesione del midollo è parziale o totale, rimediabile o irrimediabile. E il chirurgo può e deve stabilire ciò.

Ma a conseguire tale scopo deve non solo considerare la lesione ossea e il modo con cui essa si è prodotta ma e più i sintomi nervosi da parte della concomitante lesione midollare.

Ora allo scopo appunto di portare un contributo clinico che possa arrecare una qualche delucidazione sulla sintomatologia e sul quando si debba intervenire nei casi di frattura della teca vertebrale con lesione midollare, credo utile riferire l'esame clinico e anatomo-patologico dei due casi da me osservati; l'esame loro mi darà agio ancora di considerare il comportarsi dei riflessi nelle lesioni del midollo, punto interessante e tuttora controverso e, come vedremo, di importanza massima per il prognostico dell' entità e dell' estensione della lesa integrità del midollo stesso.

1.ª Osservazione.

Fontanelli Stefano, di anni 35. Niente da parte del gentilizio.

L' Ammalato verso i 18 anni soffrì di un' affezione reumatica non molto grave, della quale guarì completamente in breve tempo. Non ha sofferto alcuna malattia venerea. È bevitore e fumatore. È ammogliato con prole.

Il paziente, il quale è in istato di perfetta lucidità mentale, racconta che due giorni avanti alla sua ammissione in Clinica si accingeva a montare una scala appoggiata ad un pagliaio. Arrivato in cima alla scala medesima, e cioè ad una altezza approssimativa di sei metri, staccò un piede dalla scala e lo appoggiò sul pagliaio, mentre l' altro piede restava sempre appoggiato ad un regolo della scala medesima. Per un falso movimento il piede sdrucciolò ed il malato cadde all'indietro, battendo in terra con un movimento di iperestensione forzata della colonna vertebrale. La parte che venne a percuotere contro il suolo fu la faccia e più propriamente la

parte sinistra della fronte: il movimento di iperestensione fu tale che parve all' ammalato come se la regione occipitale venisse a contatto col dorso. Il malato dice di avere avvertito in tale frangente come un vivo senso di strappamento alla colonna vertebrale. Durante l' accidente e dopo di esso fino al momento in cui è stato ricoverato nella Clinica, ha sempre conservato la più perfetta lucidità mentale. Caduto in terra, egli è stato ridotto nella più assoluta e completa immobilità del tronco e degli arti inferiori: nella caduta, oltre che la parte sinistra della faccia ha battuto ancora entrambe le palme delle mani per cercare di frenare l'urto e, del colpo riportato sulle due palme, ne residua ancora al presente uno stato relativamente leggiero di intorpidimento e di debolezza nelle mani medesime.

Raccolto da contadini accorsi fu trasportato in una vicina casa colonica: il medico che lo visitò consigliò il trasporto del ferito nella Clinica Chirurgica di Pisa, ove giunse alle ore 16 del giorno 9 Dicembre 1897.

Stato presente. — Uomo di costituzione robusta. Sviluppo scheletrico regolare. Sistema muscolare bene sviluppato. Colore della pelle bruno, mucose visibili roseo-pallide, pannicolo adiposo sotto-cutaneo piuttosto scarso. Decubito forzatamente supino.

Capo. — Cranio regolare, fisionomia sofferente. Nella regione frontale, specialmente a sinistra e alla radice del naso si notano diverse escoriazioni e contusioni assai rilevanti. Nell' occhio sinistro si nota un versamento sanguigno sottocongiuntivale. Movimenti dei globi oculari normali, leggiero grado di miosi, le pupille reagiscono esattamente alla luce. Niente di notevole da parte del VII paio. Sensibilità generale e specifiche integre.

Collo. — I movimenti di ogni genere del collo sono assai limitati a cagione dei forti dolori che si risvegliano nella porzione superiore dorsale della colonna vertebrale. Non deformità della porzione cervicale della colonna vertebrale, nè altro d' anormale nella regione del collo.

Torace. — Nella porzione superiore del dorso in corrispondenza delle regioni interscapolare è paravertebrale si vede una tumefazione diffusa, data da spandimento sanguigno che fa aumentare leggiermente la normale cifosi nella colonna vertebrale che si ha in questo punto. La pelle del dorso è integra nella sua continuità e solo presenta una leggiera suffusione ematica in corrispondenza della notata tumefazione. Questa alla *palpazione* si rileva di consistenza elastica in tutta la sua estensione.

In corrispondenza della IV e V vertebra dorsale, l' ammalato accusa dolori i quali vengono grandemente esagerati colla palpazione. Da questo punto di massima dolorabilità essi vanno diminuendo fino a scomparire in corrispondenza della prima dorsale in alto e della sesta in basso. Per quanto si faccia una palpazione accurata, non si riesce a percepire, a causa dell' ematoma, alcuna sporgenza ossea anormale o alcun senso di crepitio lungo la colonna vertebrale, porzione dorsale.

Nella regione anteriore del tronco si ha una zona di anestesia che comincia a livello di una linea tirata sulla sesta costa, e si continua su tutto l' addome fino agli arti inferiori. La sensibilità è abolita sotto tutte le sue forme. Al disopra di questa linea di anestesia si ha una zona di ipoestesia della estensione di circa 4 cm. in altezza e, al disopra di questa una

zona di iperestesia. Da questa in alto la sensibilità è normale. Posteriormente la zona di anestesia comincia a livello della VII dorsale: anche qui al disopra di essa si ha la zona di ipoestesia e di iperestesia. Nella zona di ipoestesia lo stimolo dolorifico viene percepito come stimolo tattile.

I movimenti respiratori del diaframma sono normali. Nulla di anormale si ha negli organi contenuti nel torace.

Addome. — Ventre leggermente tumido. Anestesia completa su tutto l' addome. *Permangono i riflessi cutanei addominali.* Il pene è leggermente turgido, ma non si ha erezione. *Permangono e sono assai vivi i riflessi cremasterici.*

Arti superiori. — In essi non si nota alcun disturbo di sensibilità di ogni genere; riflessi tendinei normali. Essi arti godono di tutti i loro movimenti normali. Se si invita l' ammalato a stringere con forza, colle sue, la mano dell' esaminatore, egli lo fa con forza sufficiente, ma è costretto a smettere quasi subito, perchè tale sforzo gli provoca dei dolori in corrispondenza dell' articolazione radio-carpica, dolori residui alla caduta sulle mani.

Arti inferiori — *Essi sono in completa paralisi flaccida.* Vi è abolizione di ogni sorta di sensibilità: *sono aboliti i riflessi tendinei rotulei e del tendine d' Achille.*

L'ammalato in Clinica conserva la sua completa lucidità mentale, ricordando in tutti i suoi particolari l'accidente di cui fu vittima.

Ha sete intensa e cefalea ostinata. Si lamenta di dolori nella regione dorsale e cervicale, ha *ritenzione completa di orina e delle feci.* Non si ha erezione del pene.

L'Ammalato ha temperatura febbrile, 39° al momento del suo ingresso, 110 pulsazioni e 26 respirazioni.

Appena entrato in Clinica fu messo l'apparecchio di estensione e controestensione del VOLKMANN. Nei due giorni consecutivi l' ammalato disse di sentirsi un po' più sollevato, essendo un po' diminuiti i dolori alla regione dorsale e cervicale, la sete intensa e la cefalea. La febbre scompare. La zona di anestesia discese di circa 5 o 6 cm. in basso. L'*Ammalato avverte lo stimolo ad orinare* e prega che lo si siringhi. Viene siringato 3 o 4 volte al giorno e la quantità e qualità delle orine sono normali. Più volte durante la siringazione si ebbe erezione del pene. Il giorno 16 (quarto giorno del suo ingresso in Clinica) essendo notevolmente diminuito l'ematoma che si aveva nei primi giorni in corrispondenza delle regioni interscapolari, procedetti ad un esame della colonna dorsale e là, dove fino dal primo giorno avevo avvertito un massimo di dolorabilità, cioè in corrispondenza della IV e V vertebra dorsale, sentii all' ascoltazione un distinto rumore di scricchiolio. Il giorno dopo l' ammalato disse di non potere più sopportare l'apparecchio del Volkmann a causa di impedimenti alla respirazione e si è costretti a toglierlo. Il paziente perdurò in queste condizioni fino al giorno 21 Dicembre (12.° giorno dal suo ingresso) epoca in cui cominciò ad avere perdita involontaria di feci e in modo abbastanza frequente. L'orina acquistò un carattere torbido purulento. Il sensorio si fece alquanto più depresso pur mantenendosi la coscienza. La temperatura non appena si manifestò la cistite ridiventò rapidamente febbrile. Intanto lungo questo periodo si erano andati manifestando alla natiche ed ai cal-

cagni, piaghe da decubito ed edema agli arti inferiori. Il giorno 23 (14.° del suo ingresso) si manifestò la incontinenza dell'orina. Le condizioni dell'ammalato andarono sempre più aggravandosi. Persistette ed aumentò la temperatura febbrile, raggiungendo i 40°, 1. Sui genitali esterni si ha un odore penetrante di decomposizione putrida dell'orina. Le piaghe da decubito sono andate facendosi sempre più vaste. L'ammalato ha frequenti periodi di delirio, ma riconosce ancora le persone che gli stanno attorno. In seguito si accentua uno stato comatoso, interrotto di tanto in tanto da periodi deliranti. Il giorno 5 entra in un coma profondo in cui si mantiene fino all'epoca della morte, avvenuta il giorno 7 (29.° dal suo ingresso) alle ore 3 ant. La temperatura si mantenne, in questi ultimi giorni, sempre febbrile, arrivando il giorno 6 a 41°, 1.

Negli ultimi due giorni l'arto superiore destro fu colpito da paresi spastica e si ebbe difficoltà nella favella.

Diagnosi clinica. — Frattura totale della IV e V vertebra dorsale con lesione traversale completa del midollo spinale.

Reperto necroscopico. — Cadavere di uomo adulto, scheletro regolare, scarso pannicolo adiposo, *forte muscolatura*, persistente la rigidità cadaverica, macchie cadaveriche nella parte posteriore del tronco, piaghe da decubito nella regione sacrale, edemi agli arti inferiori, infiltramento edematoso intorno al sacro.

Tagliando la cute nella regione interscapolare, si trova un versamento sanguigno di vecchia data, il quale infiltra i muscoli della regione, e più in basso ancora si trovano ecchimosi in mezzo ai muscoli. Le apofisi spinose della IV e V vertebra dorsale si trovano distaccate, l'apofisi spinosa della V vertebra è mobile; asportata, si nota che dalla sua superficie interna si è staccato un frammento che ha lacerato la dura madre sottostante ed il rispettivo midollo spinale; si trovano ancora altri piccoli frammenti distaccati. Aprendo la colonna vertebrale si trova in corrispondenza della IV vertebra dorsale la dura madre lacerata, essa è ancora inspessita per una certa estensione sia sopra che sotto del sito della frattura. Nel tessuto cellulare che circonda la dura madre, in corrispondenza della frattura, si trova del pus, però in poca quantità. Asportando la dura madre, si nota una raccolta di poco liquido sieroso contenuto nella sua cavità, in parte ematico. Il midollo spinale è lacerato e trasformato in una poltiglia per la lunghezza di circa 3 cm., in corrispondenza delle vertebre fratturate Sotto, nel resto del midollo dorsale e lombare, si trova la sostanza nervosa rammollita e il disegno della stessa leggermente alterata. Il midollo lombare al taglio è di aspetto normale, il midollo cervicale pure è di aspetto sano; solo nei cordoni posteriori vi è un aspetto leggermente grigio. La pia madre spinale è di aspetto iperemico nelle parti non distrutte; nelle distrutte invece non si riconosce, perchè tutto il midollo è ridotto in una poltiglia giallastra, in parte dovuto a grumi sanguigni decolorati. Togliendo il midollo spinale colla rispettiva dura madre, il canale vertebrale non presenta la sua forma regolare, presentando un avvallamento, in corrispondenza del corpo della IV vertebra dorsale.

Asportando la colonna vertebrale dal lato della cavitá toracica, si trova in corrispondenza della IV e V vertebra dorsale, un notevole rigonfiamento irregolare. Tolta la pleura, che è inspessita, come le restanti

parti molli, ed incidendo il legamento dorsale, si trova che il corpo della IV vertebra dorsale è fratturato e lussato in avanti; la sua superficie articolare inferiore è erosa e presenta appena appena residui di cartilagine. Si trovano ancora frammenti ossei appartenenti al IV corpo vertebrale. Tutto il focolaio di frattura e lussazione è suppurato; suppurazione che si estende sopra e sotto per qualche tratto.

Cervello. — Dura madre sana; pia iperemica come pure la sostanza del cervello e cervelletto. In corrispondenza della fossa sinistra di Silvio e propriamente nell'angolo posteriore occipito-temporo-sfenoidale, si trovano le due ultime circonvoluzioni di questa fossa rammollite, di colorito grigio sporco, rammollimento che si estende alla zona dell'antimuro, al rispettivo corpo lenticolare, nonchè alla capsula interna.

Faringe, laringe, trachea, iperemiche. *Bronchi* con muco-pus. *Parenchima polmonare* con edema ed ipostasi. Superficie pleurale di sinistra con essudato fibrinoso circoscritto.

Cuore con pericardio normale, carni flaccide, cavità dilatate e sul velo anteriore della bicuspide si trovano quattro piccoli punti circoscritti ed ulcerati.

Milza ingrandita del quadruplo del suo volume, con colorito e consistenza di feccia di vino, con residui di pigmento melanico pregresso.

Fegato ingrandito, di colorito torbido; cistifellea con bile tenue.

Reni con infarti scolorati, la cui superficie esterna è della grandezza di un soldo; capsula che si distacca con facilità; sostanza corticale iperemica torbida.

Pelvi e mucosa vescicale con processo purulento grave.

Esofago, stomaco, intestino niente di speciale.

2.ª Osservazione.

Baroncini Angiolo, di anni 45. Niente di notevole nel gentilizio, e nell'anamnesi remota.

La mattina del 18 Aprile 1898 il paziente era intento a tagliare dei rami d'albero, volgendo le spalle ad alcuni suoi compagni che, a pochi metri di distanza, stavano abbattendo un albero alto e frondoso. Nel momento in cui l'albero stava per cadere, benchè avvertito dai suoi compagni, non si trasse a tempo da parte e fu colpito al dorso da un ramo trasverso dell'albero, che lo gettò bocconi a terra; altri rami lo colpirono alle spalle, alla faccia ed alla nuca. Rimase immediatamente privo di sensi e, raccolto dai compagni, fu trasportato ad una vicina casa colonica. Durante il trasporto rinvenne, per quanto incompletamente, e fu subito notata una paralisi completa degli arti inferiori. Chiamato il medico, questi consigliò il trasporto all'Ospedale di Pisa. Entra in Clinica Chirurgica il 18 Aprile 1898,

Stato attuale. — Sviluppo scheletrico regolare. *Masse muscolari bene sviluppate.* Pannicolo adiposo abbondante. Sistema ganglionare normale. Colorito subitterico della cute. Mucose visibili pallide. L'ammalato giace in posizione forzatamente supina. È in istato di profonda depressione psichica. All'esame del malato si riscontrano delle contusioni nella regione zigomatica e parotidea destra. Nel lobulo dell'orecchio destro, precisamente fra il terzo inferiore e i $^2/_3$ superiori di esso, si nota una soluzione

di continuo interessante la pelle, il tessuto sottocutaneo e la cartilagine, lasciando integra la parte posteriore della cute del lobulo medesimo. In corrispondenza della regione parietale destra si osserva una ferita lacero-contusa di forma lineare, dividendosi ad *y* nelle due estremità sue e della lunghezza di circa 5 cm. I margini di tale ferita sono formati da tessuti pesti e laceri e da tessuti pesti e laceri è formato pure il fondo. Alla palpazione non si avverte frattura della vòlta cranica.

Nella regione sopraspinosa di sinistra, e meno in quella di destra e nella regione dorsale, si osservano tracce di contusione della cute. A destra si ha frattura della scapola e della clavicola.

All'ispezione della colonna vertebrale si nota un grado di leggero avvallamento nella regione dorsale: non depressione nè sporgenze alle re-regioni cervicale, lombare e sacrale.

Alla palpazione non si provoca dolorabilità alcuna alle regioni cervicale, lombare e sacrale; invece il malato prova sensazione dolorosa quando si faccia la palpazione dalla III vertebra dorsale fino alla VII vertebra dorsale: il massimo di questa dolorabilità è fra la IV e la VII vertebra; fra queste pure può rilevarsi un cospicuo avvallamento e possono percepirsi varî e distinti scricchiolii e una mobilità anormale di varii pezzi ossei dislocati. Lungo il decorso della colonna vertebrale la pelle è perfettamente normale.

La mobilità del collo è molto limitata. I movimenti dell'arto superiore destro si compiono relativamente bene, mentre sono quasi del tutto impossibili i movimenti attivi e passivi dell' arto superiore sinistro, in causa delle suddette lesioni alla scapola e alla clavicola. I movimenti respiratorî si compiono regolarmente. *Vi ha completa e totale paralisi flaccida negli arti inferiori.*

La sensibilità tattile, dolorifica, termica, barica, ecc., è completamente abolita negli arti inferiori e nel tronco, fino ad una linea condotta per la IX costa in corrispondenza della linea xifo-ombelicale. Al disopra di questa linea si ha per 5 o 6 cm., una zona di iperestesia spiccatissima, nella quale gli stimoli tattili vengono percepiti come dolorifici e provocano una relativamente vivace reazione nel malato. Vi ha notevole rallentamento nella trasmissione della sensazione. Al disopra del limite superiore di questa zona di iperestesia, le sensazioni vengono normalmente percepite. Il malato localizza, relativamente al suo stato, assai bene le sensazioni. Posteriormente si ha anestesia completa fino alla IX vertebra dorsale, zona di iperestesia al disopra di questa per 5 o 6 cm. quindi sensibilità normale. Per gli altri caratteri si hanno condizioni identiche a quelle riscontrate anteriormente.

I riflessi tendinei degli arti inferiori sono completamente aboliti. Sono quasi normali i riflessi cremasterici destro e sinistro. I riflessi cutanei addominali sono conservati sulla zona di anestesia. Così pure persiste il riflesso plantare. Vi ha ritenzione completa di feci e di orina. L'ammalato accenna vagamente al bisogno di esser siringato.

La verga presenta un leggero grado di inturgescenza. Il malato giace supino: sta abitualmente ad occhi chiusi, non avvertendo quasi affatto ciò che accade intorno a lui. Interrogato, intende pochissimo e risponde tardi ed incompletamente alle domande che gli si rivolgono: sopratutto si la-

menta di intenso dolore alla regione dorsale, nel punto sopra accennato. Non ricorda menomamente l'accidente di cui è stato vittima. All'entrata in Clinica l'ammalato ha temperatura 36° 7. Si applica l'apparecchio di estensione e controestensione del Volkmann, il quale, non arrecando nessun giovamento, viene tolto dopo pochi giorni. Tali condizioni si mantengono invariate fino al 25.° giorno, epoca in cui si manifesta una cistite purulenta seguita da incontinenze di urina e di feci e accompagnata da febbri alte e delirio. Vanno rapidamente estendendosi le piaghe da decubito al sacro e ai calcagni e l'ammalato muore con segni di una grave infezione il giorno 33.° del suo ingresso in Clinica.

Diagnosi clinica. — *Frattura delle apofisi spinose e degli arti vertebrali della IV, V, VI e VII vertebra dorsale; lesione totale traversale del midollo spinale.*

Repertorio necroscopico. — Cadavere di uomo adulto, con regolare sviluppo scheletrico, *masse muscolari discretamente sviluppate*, pannicolo adiposo scarso. Rigidità cadaverica persistente agli arti inferiori ed ai superiori. Colorito cereo della cute. Estese piaghe da decubito nella regione sacrale e ai calcagni.

Superficie esterna della dura madre cerebrale, niente di speciale: dura madre spinale, normale per un certo tratto.

All'esame della colonna vertebrale, in corrispondenza della porzione dorsale, si ha una frattura a scheggie delle apofisi spinose e degli archi vertebrali della IV, V, VI, VII.

Togliendo questi frammenti, si scopre la dura meninge, la quale è intatta nella sua continuità: però in corrispondenza della V, VI, VII vertebra dorsale, si percepisce, alla palpazione col dito, un rammollimento del midollo spinale per la lunghezza di circa 5 cm.; in questo tratto il midollo spinale si presenta spappolato. Dal punto della lesione risalendo in alto, esiste una emorragia leggera tra la dura e la pia madre. Tolto il midollo spinale in corrispondenza del corpo della VII vertebra, si vede una sporgenza alquanto manifesta: in tal punto è avvenuta la frattura del corpo vertebrale. Si ha frattura in parte consolidata della scapola e clavicola sinistra.

Base del cervello, niente di speciale. Ventricoli laterali con poco liquido sieroso, niente ad occhio nudo nella sostanza cerebrale. Nella tela coroidea esiste un corpo di aspetto giallastro, di consistenza molle, della grossezza di un grosso cece, che ha tutta l'apparenza del cisticerco. Niente di anormale nel pavimento del IV ventricolo. Sezionando il bulbo, le olive si presentano torbide.

Superiormente alla lesione spinale, i cordoni di Goll e di Burdach, ma a preferenza quello di Goll, si presentano rammolliti. Ad occhio nudo non è possibile scoprire altre lesioni nel midollo spinale. Aprendo *la cavità toracica*, si vede l'area cardiaca di vol. normale. Poco liquido sieroso nella pleura di destra. *Pulmone* di sinistra con fatti identici. *Cuore* flaccido. Ventricolo destro con grumi sanguigni. Tricuspide e polmonari sane. Ventricolo sinistro con bicuspide e valvole aortiche normali. Fegato ingrandito di volume. Cistifellea con bile tenue. Al taglio, degenerazione grassa.

Reni ingranditi di volume, presentanti nello spessore del loro parenchima focolai purulenti numerosi.

Milza ingrandita di volume con traccie di perisplenite alla superficie Al taglio color feccia di vino.

Niente da parte dell'intestino.

Infiammazione purulenta della vescica.

Esame istologico. — Di questa ricerca mi limito a riprodurre quei fatti che hanno direttamente rapporto collo scopo del mio lavoro. L'interesse della indagine istologica doveva quasi esclusivamente consistere nel dimostrare la sezione in senso traversale completo del midollo e quindi come conseguenza di essa le degenerazioni ascendenti e discendenti dei fasci midollari, rispettivamente al disopra e al disotto della lesione. Nel primo caso a vero dire la scontinuità del midollo si osservava già grossolanamente al tavolo anatomico; il midollo infatti era stato lacerato insieme ai suoi involucri, la dura e la pia madre. I monconi midollari presentavano ambidue nelle loro estremità, nei punti cioè direttamente traumatizzati, i segni di una necrosi completa degli elementi nervosi, sia delle cellule della sostanza grigia, sia delle fibre dei cordoni midollari, unicamente rappresentate queste ultime da numerose granulazioni di mielina, mentre le prime apparivano completamente distrutte. Al disopra e al disotto della zona traumatica il microscopio per lo spazio di circa 3,4 mm. in altezza facea vedere le caratteristiche di quella *zona cosidetta juxta-traumatica* che illustrarono lo SCHIEFFERDECKER e l'HOMMER e consistente in una sclerosi degli elementi nervosi finitimi a quelli direttamente distrutti dal trauma. Sopra alla sezione del midollo si aveva la solita degenerazione in senso ascendente dei cordoni di Goll e di Burdach, nonchè dal fascio cerebellare diretto o di Flechsig; di quelli situati al disotto erano presi dalla degenerazione discendente i fasci piramidali e gli antero-laterali. Le fibre nervose presentavano la loro guaina mielinica rigonfiata, rigonfiato pure si presentava il loro cilinder axis. Per ciò che riguarda la sostanza grigia essa subito al di là della zona juxta-traumatica tanto al di sopra che al di sotto si presentava completamente normale.

Nel II caso si riscontrarono gli stessi fatti, tranne che qui il midollo spinale insieme ai suoi involucri non era scontinuato grossolanamente come nel primo caso, ma al microscopio la scontinuità venne trovata in corrispondenza della zona traumatica dove si aveva qui pure una necrosi completa delle cellule e delle fibre nervose.

Dalle storie cliniche e dall'esame obbiettivo dei nostri due pazienti, già si poteva chiaramente arguire che si aveva a che fare con due casi di lesione ossea grave della colonna vertebrale nella sua regione dorsale, avvenuta nel primo caso per causa indiretta, per un movimento di iperestensione, nel secondo per causa diretta, per caduta di un corpo sulla colonna. Tanto nell' uno come nell' altro soggetto il midollo risultava essere pure rimasto offeso. Ma in che estensione, in qual grado? In maniera ancora rimediabile o no? Tale il quesito che ci siamo subito posti e che abbiamo cercato anzitutto di risolvere prendendo attentamente in esame il reperto clinico che ci si offriva

a considerare da parte della lesa funzionalità del midollo stesso. In secondo luogo doveva per noi venire l'esame del grado e della varietà della frattura della colonna vertebrale.

Tanto nell'un caso come nell'altro il fatto primo e grave che si stabilì immediatamente dopo il trauma, fu la completa scomparsa della motilità e della sensibilità in uno colla abolizione dei riflessi tendinei al di sotto del punto offeso. Nel primo caso dove la lesione ossea era in corrispondenza della IV e V vertebra dorsale si aveva una zona di insensibilità assoluta, sia cioè abolizione del senso tattile, del termico, del dolorifico, del barico, del muscolare secondo una linea circonferenziale che cominciava sul davanti del torace a livello della 6.ª costola e di lì e posteriormente dalla 7.ª vertebra dorsale senza interruzione alcuna si continuava per tutto l'addome e gli arti inferiori.

Nel secondo caso dove il punto di lesione ossea giungeva più in basso nella regione dorsale, cioè fino in corrispondenza della VII vertebra dorsale la zona di ottusità sensitiva assoluta cominciava al davanti su una linea condotta per la IX costola in corrispondenza della linea xifo-ombellicale, posteriormente l'anestesia completa principiava al livello della IX vertebra dorsale. Accenniamo alla zona circolare di iperestesia prima e quindi di ipoestesia che in ambedue i casi, abbiamo notato al disopra del punto dove incominciava la insensibilità assoluta. Negli arti inferiori avevamo una completa paralisi flaccida muscolare. Gli arti erano intieramente rilasciati; i piedi rivolti all'esterno, mancava assolutamente in essi la tensione, il tono muscolare; nessuna resistenza si opponeva da parte loro ai movimenti passivi i quali avevano quasi un'estensione di limiti al di là del normale.

Dalla parte dei riflessi mancavano completamente i riflessi tendinei profondi in tutti e due i casi; erano cioè assolutamente aboliti il riflesso tendineo rotuleo e il riflesso del tendine di Achille. Persistevano però in ambedue i casi e, distintissimi specialmente nel primo caso, i riflessi superficiali sia quelli cutanei addominali, sia quelli cremasterico e scrotale, sia infine quelli della pianta del piede. Le funzioni vescicale e rettale erano completamente paralizzate; la ritenzione della orina e delle feci si era subito stabilita. Accanto a questi fenomeni notevole e interessante il fatto nel primo ammalato certamente constatato, vagamente ma ripetutamente avvertito pure nel secondo, della percezione cioè dello stimolo ad orinare; il paziente primo, nel quale la lucidità mentale si mantenne sempre integra fino agli ultimi giorni, era egli ad avvertirci del senso di ripienezza della sua vescica e pregava lo si siringasse, essendo egli incapace di svuotarla. Nei momenti di rischiaramento intellettuale il secondo ammalato pure avvertiva quando a quando il senso dello stimolo ad urinare, ed il bisogno di essere siringato.

Questa la sindrome clinica dal lato del midollo spinale che io constatai all'esame fatto all'ingresso rispettivamente degli ammalati in clinica. Nel decorso ulteriore degno di nota fu il fatto della diminuzione della zona di anestesia verificatasi nel 1.° caso in seguito all'applicazione dell'apparecchio di Volkmann. Essa infatti si spostò di circa 5 o 6 centim. verso il basso. Del resto nel decorso ulteriore della malattia i fenomeni nervosi si mantennero pressochè costantemente dello stesso quadro clinico, se ne togli nel primo ammalato la comparsa, nei due giorni antecedenti la morte, della disfasia e della paresi spastica all'arto superiore destro, fenomeno questo indipendente della lesione midollare e dovuto, come dimostrò l'autopsia, ad un'embolia in corrispondenza della fossa sinistra del Silvio.

Alla stregua di questi fatti clinici da me potuti constatare in modo chiaro e certo quale giudizio potevasi portare sulla natura e sulla estensione della lesione midollare?

La cadata immediata di qualunque specie di percezione sensitiva, la paralisi di moto e la paralisi dell'intestino, della vescica facevano subito propendere per la lesione trasversa totale del midollo spinale. Però due ordini di fatti potevano secondo la interpretazione che di loro si sarebbe data, potevano dico, mettere in serio dubbio la concezione clinica della lesione completa midollare. Ed essi erano il comportarsi dei riflessi con la qualità di flaccidezza della paralisi motoria degli arti da un lato, dall'altro l'avvertimento dello stimolo ad urinare e di più nel primo paziente, la diminuzione della zona di anestesia verificatasi in seguito all'uso dell'apparecchio di Volkmann.

Consideriamo in primo luogo, e in modo piuttosto esteso, data l'importanza e l'interesse che essa ancora attualmente presenta, la questione del come si comportarono i riflessi e il tono muscolare nei nostri due casi al di sotto del punto della lesione, in rapporto alle idee che a tale questione dei riflessi si rannodano oggigiorno nel campo della clinica e dell'anatomia patologica.

L'abolizione dei riflessi in una con quella del tono muscolare al disotto della lesione è un segno di offesa midollare parziale oppure totale?

J. M. Charcot (2) nelle sue mirabili lezioni sulle *localizzazioni nelle malattie del cervello e del midollo spinale,* tenute alla Facoltà di Medicina di Parigi, dopo avere dimostrato ed ammesso nel cervello un'azione moderatrice sopra gli atti riflessi del midollo, azione moderatrice la quale si trasmetteva ai centri del midollo precipuamente per la via dei fasci antero-laterali, esponeva ciò che si verifica da parte del midollo stesso quando per una interruzione nella sua continuità vengono a tale influenza del cervello sottratto. E concludeva *che nei casi di una lesione trasversa totale dopo un breve periodo paretico cominciano ad avvertirsi al di sotto del punto leso negli arti inferiori delle scosse, dei crampi, accompagnati da rigidità tempo-*

ranea, *mentre contemporaneamente i riflessi tendinei*, *fenomeno del ginocchio*, *fenomeno del piede nonchè le altre modalità dell'attività riflessa erano fortemente esagerate*, non solo ma coll'andar del tempo *una vera e propria contrattura*, viene a stabilirsi tanto da poter dare all'insieme di questi fatti il *nome di paraplegia spasmodica*. FÜRBINGER e SCHULTZE, e in seguito TSCHIRJEW ed altri confermarono in base agli esperimenti sugli animali le idee dello Charcot.

La grande autorità dello scienziato francese da una parte e dall'altra i resultati di tali esperienze valsero a fare accettare universalmente nel campo della neuro-patologia come legge assiomatica che *nelle lesioni totali del midollo si aveva al disotto del punto leso per riguardo alle alterazioni di moto, paralisi spastica ed esagerazione dei riflessi.*

Dal dominio della neuropatologia tali idee passarono e furono accettate in quello della clinica e pratica chirurgica e tale assioma servì come regola e criterio diagnostico nelle affezioni della colonna vertebrale sia traumatiche sia infiammatorie sia per tumori in cui era concomitante una lesione midollare.

Gran parte dei trattati classici di chirurgia serbano ancora oggi giorno simili criterî. *(Continua)*

DI UNA UTILE MODIFICAZIONE ALL'ENTEROSTOMO

Prof. G. PARLAVECCHIO

Docente di Pat. Chir. Dimostr. nell' Università di Roma

Prima di parlare del perfezionamento dell' *Enterostomo*, ormai noto al pubblico chirurgico, perchè se n'è occupata la maggior parte delle Riviste e delle memorie speciali italiane e straniere, non credo superfluo ricapitolare le ragioni che mi mossero a proporre un nuovo metodo per una operazione che già contava diecine di processi.

Perchè un metodo abbia diritto a perfezionamenti, bisogna che prima possa giustificare la sua ragion d'essere.

Nella mia estesa Memoria pubblicata nel *Policlinico* (Vol. V-C., 1897) ho cominciato dall'esaminare i *pericoli* e le *difficoltà* inerenti all'operazione e che possono essere riassunti così:

1.° *Infezione del peritoneo*: *a*) per versamento di contenuto enterico durante l'operazione; *b*) per trasporto di esso sulla sierosa, fatto dalle mani, dagli aghi e dai fili che han toccato la mucosa; *c*) per sfuggita di esso dopo l'operazione, qualora la riunione non regga o non riesca ermetica; *d*) pel passaggio di parassiti dal lume intestinale nel peritoneo per il tramite dei tragitti delle suture a tutto spessore;

2.° *La lunga durata dell'operazione*, che espone l' operato allo scok ed agli effetti della protratta anestesia;

3.° *La insufficiente canalizzazione dell' intestino nel punto della anastomosi*, dal che posson derivare pericoli immediati di perforazione e tardivi di stenosi;

4.° *La compressione di zone intestinali mediante apparecchi o mezzi coprostatici meccanici*, compressione che, se praticata senza riguardi, può compromettere la vitalità delle zone di parete d'intestino sulle quali fu applicata;

5.° *La mancata espulsione dei corpi estranei introdotti nell'intestino per sostenere o sostituire le suture*, incidente che può cagionare ostruzione o perforazione in primo od in secondo tempo;

6.° *La compressione fatta dalla sutura sul cercine di parete intestinale suturato*, cosa che può nuocere alla vitalità dei tessuti;

7.° *La cattiva contenzione dei monconi intestinali durante la sutura*, per il che spesso i fili tagliano i tessuti (cosa che rende necessario un nuovo piano di sutura la quale produce esagerata introflessione

di lembi e perdita di tempo), e talora si residuano tórsioni nell'asse dei due monconi suturati.

8.° *Le difficoltà di suturar bene quel punto della circonferenza intestinale in cui s' inserisce il mesenterio;* particolare tecnico tanto ricco d'insidie:

9.° *L' ingombro del ristretto campo operatorio*, prodotto dalle mani degli assistenti, dalle pezze, dagli apparecchi coprostatici, ecc.;

10.° *La difficoltà di riunire due monconi intestinali di calibro diverso.*

Dalla enumerazione dei molti e gravi pericoli e delle difficoltà che insidiano e rendono delicata la resezione dell'intestino, sorgono i seguenti 10 postulati tecnici, che costituiscono un vero decalogo, a cui un metodo operativo deve rispondere per poter essere considerato perfetto.

1.° *Coprostasi perfetta durante l'operazione, evitando che il mezzo coprostatico meccanico comprometta la vitalità.*

2.° *Contenzione dei monconi sicura, costante, rigida ed atta a scongiurare le torsioni nell'asse;*

3.° *Evitare l'ingombro del ristretto campo operativo;*

4.° *Facilità di suturare ermeticamente la inserzione mesenterica dei due capi intestinali;*

5.° *Riunione perfetta, sicura, ermetica dei monconi evitando suture fortemente stirate e punti a tutto spessore;*

6.° *Evitare accuratamente qualsiasi contatto colla mucosa e col contenuto dell'intestino ;*

7.° *Evitare introflessioni soverchie e valvolari, di lembi, e conseguenti stenosi;*

8 ° *Non lasciare nel lume intestinale apparecchi o sostegni non riassorbibili;*

9.° *Permettere di rimediare con migliori espedienti alle differenze di calibro dei due capi dell'intestino ;*

10.° *Rapida e facile esecuzione.*

***

Vediamo in quale misura rispondono ai detti postulati tecnici i numerosissimi processi fino ad ora proposti, dacchè il Nannoni pel primo nel 1725 compì con successo sull'uomo l'enteronastomosi.

Tutti questi *Processi* hanno in comune una importante particolarità tecnica, per la quale possono essere riuniti in un solo *Metodo: in tutti infatti si applica il mezzo coprostatico meccanico non sull'estremità dei monconi intestinali che debbon essere ricongiunti, ma sulla continuità, in punti più o meno distanti da quello dove cade il taglio e la sutura.*

In questo metodo si possono distinguere due grandi categorie:

A) *quella della riunione mediante suture;*

B) *quella della riunione mediante apparecchi meccanici.*

***

A. *I Processi che fanno l'anastomosi mediante suture* si suddividono in:

a) *quelli che si servono di suture pure e semplici;*

b) *quelli che per facilitare le suture introducono corpi estranei nel lume intestinali.*

Il *Gruppo* a) comprende: 1.° *I processi che suturano addossando le superfici mucose* (Bertrando [1763], Nannoni, Beclard, Palfyn e Ledran); 2.° *I processi che suturano addossando le superfici sierose* (Magati [1600], Jobert de Lamballe, Lembert, Palasciano, Amabile e Vernicchi, Gussembauer, Czerny, D'Apolito, Blatin, Gely, B. Martino, Malgaigne, Nussbaum, Vezien, Emmert, Chaput, Bonisson, Madelung, Ramdhor, Jobert, Reybard, W. Mānnsell, Palasciano, Brucchietti); 3.° *I processi che suturano addossando le superfici mucose e sierose* (Albert, Trombetta, Rydygier, Schede, Wölfler, Chaput, Lo Savio); 4.° *I processi che suturano giustaponendo gli orli* (Moreau-Boutard, Vella, Boccardi, Poggi, Morisani D., Chaput, B. Martino, Paci).

Il *Gruppo b*) comprende i processi dei Quattro Maestri (1270), di Duverger, Beyrard, Giamelio, Ruggero da Parma, Teodorico, Guglielmo di Saliceti, Ritch, Chopart, Desault, Sabatier, Thiènot, Neuber, Landerer, Ferraresi, Hohenhausen, Alessandri, Jennings, Treves, Schmith, Bobrick, Robson.

***

B. I *Processi che fanno l'anastomosi mediante apparecchi meccanici* sono quelli di Paul, Jessett, Duplay e Cazin, Chaput, Senn, Mayo-Robson, Abbe, Dawnbarn e Darbon, Mantigneau, Baracz, Heigl e Butz, Robinson, Stamm, Matas, Brokaw, Sachs, Péan, Berenger-Ferraud, Dedans, Bondens, Ramangè, Murphy, Juvara, Deroque, Forgue, Villard, Montenovesi, Chaput, Hayes, Martin-Gill, Frank, Boari.

***

Dalla critica di tutti i suddetti processi risulta che mentre ciascun d'essi in diversa misura arriva a scongiurare un certo numero di *pericoli* ed a superare un certo numero di *difficoltà* inerenti all'enteroanastomosi, *nessun d'essi però riesce a realizzare insieme tutti i 10 postulati tecnici.*

Alcuni di questi postulati poi, anche considerati isolatamente, noi non li troviamo realizzati in alcun processo operativo, nessuno dei quali infatti riesce a dare una contenzione buona dei frammenti, a lasciare il campo operatorio sgombro, e, sopratutto, a premunire in maniera sicura il peritoneo dalla sepsi derivante da sfuggite di materiale intestinale e dai contatti colle mani, cogli aghi e coi fili che si sono strofinati sulla mucosa.

Tralasciando di ritornare sulla importanza dei due primi inconvenienti, vale però la pena di spendere qualche parola su quella dei pericoli della sepsi.

Si sa da tutti che l'intestino più sano alberga la flora più rigogliosa di tutto il corpo, risultante in piccola parte dai parassiti abituali, ed in massima parte da quelli che vi si trovano di passaggio ingeriti coi cibi e colle bevande (1) e tra questi parassiti figurano quasi tutte le specie patogene. Si sa inoltre che nessun purgativo, nessun farmaco antisettico, preso per bocca o adoperato per enteroclisma, è capace di rendere asettico il contenuto intestinale e tanto meno la mucosa così ricca di pliche.

Da questo fatto indiscutibile deriva l'assioma che nelle operazioni sul tubo digerente, il Chirurgo deve avere un *sacro orrore* per il menomo contatto della mucosa e del contenuto intestinale colle mani, o coi fili, o coi ferri, con cui si toccano poi superfici rivestite da peritoneo!

Or nessuno di tutt'i processi riesce a scongiurare questo massimo tra i pericoli dell'operazione in parola: facendo la coprostasi colle mani degli assistenti, gli inevitabili momenti di stanchezza e i cambiamenti di posizione dànno quasi sempre luogo a sfuggite di contenuto; facendola con lacci o con klemmers, pinze, ecc. applicati ad una certa distanza dalla linea del taglio, non si evitano sfuggite di residui rimasti tra il punto compresso e quello tagliato; ed in tutt'i modi, infine, non applicando il mezzo coprostatico meccanico sulle estremità dei monconi, la mucosa resta beante ed estroflessa, e nelle manovre per applicare il bottone, o il sostegno, o le suture viene lungamente maneggiata e a contatto coi fili, cogli aghi e colle pezze.

Se dunque nessuno dei processi introdotti è capace di scongiurare questo massimo dei pericoli, la sepsi, ogni tentativo diretto a raggiungere tale scopo poteva essere perfettamente giustificato.

Ed è perciò che nella mia Memoria dicevo che i problemi che un nuovo processo avrebbe dovuto risolvere, pur rispondendo a tutti gli altri postulati tecnici, erano:

a) Coprostasi sicura ed innocua;

b) Contenzione rigida, sicura, costante;

c) Esclusione della mucosa dal contatto delle mani e dei mezzi di sutura;

d) Campo operatorio sgombro.

Ben presto però mi convinsi che di fronte a questo *hoc opus*, non bastasse cercare un nuovo *Processo*, ma bisognasse cambiare addirittura strada e tentare di trovare un nuovo *Metodo*.

(1) Il reperto parassitologico degli intestini è stato da me trattato nella mia *Semiotica Chirurgica* (Soc. Ed. Dante Alighieri, Roma 1897) a pag. 411 e segg.

Dicemmo che tutt'i processi adoperati sino allora costituivano un solo *Metodo* caratterizzato dall'*applicazione del mezzo coprostatico meccanico sulla continuità;* il Metodo da me proposto consiste nell'*applicazione del mezzo coprostatico sulla estremità*, affatto rasente alla linea di sezione.

Non rifaccio la storia dei tentativi (*Processo dei Quattro Lacci* e *Processo dell'Enterectomo*) che successivamente feci, provai e pubblicai e passo senz'altro a descrivere l'apparecchio da me fatto costruire e chiamato *Enterostomo* ed il mio *Metodo operativo.*

L'*Enterostomo* è un istrumento semplicissimo (fig. 1.[a]) costituito

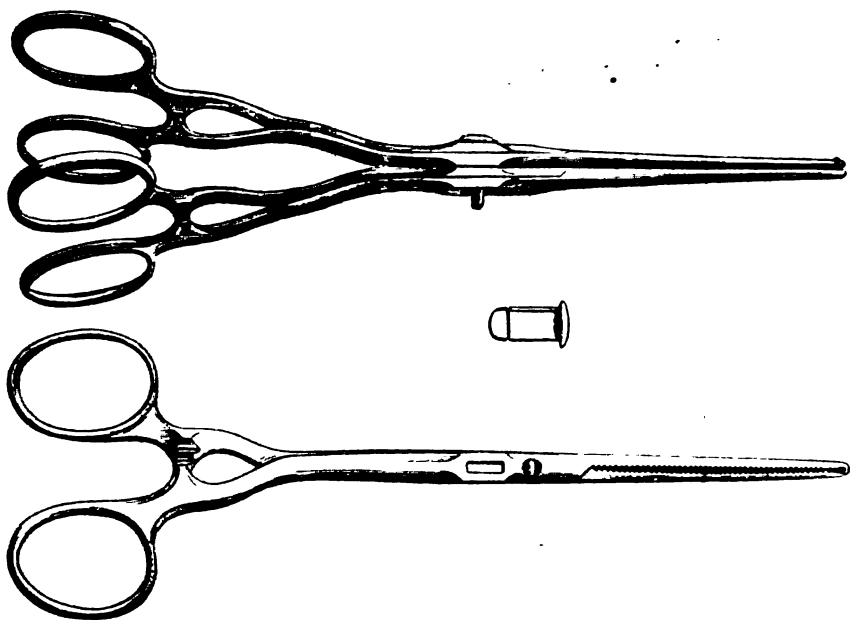



Fig. 1.

da due klemmers speciali i quali possono essere riuniti saldamente tra di loro per mezzo di un fermaglio.

I klemmers sono retti, a branche elastiche e sottili, ma forti e ben temprate, e coi mordenti scanalati in senso longitudinale e trasversale, affinchè l'intestino, da loro preso, non possa in nessun senso sfuggire (e ciò difatti non è mai accaduto nè a me, nè ad altri, nè alle prove sul cadavere, nè sul vivo).

Alla parte degli anelli fu data alla pinze una curvatura simmetrica perchè potessero essere aperti e chiusi agevolmente quando stanno riuniti insieme.

Il fermaglio d'unione ha subite varie modificazioni: prima fu fatto come nella Figura 2.[a] (f); poi fu adottata un'assicella trasversale che finiva con una aletta a vite, come nella fig. 1.[a]. Ultimamente

il Lollini di Bologna mi propose un mezzo più semplice ancora e più elegante, che io accettai con opportune varianti e che ho fatte anche accettare ad Invernizzi di Roma e ad altri costruttori di ferri chirurgici. Questo nuovo fermaglio consiste in una vite che attraversa i perni dei due klemmers.

E così l'Enterostomo, ridotto alla sua più semplice espressione, *due klemmers ed una vite*, è di un maneggio estremamente facile.

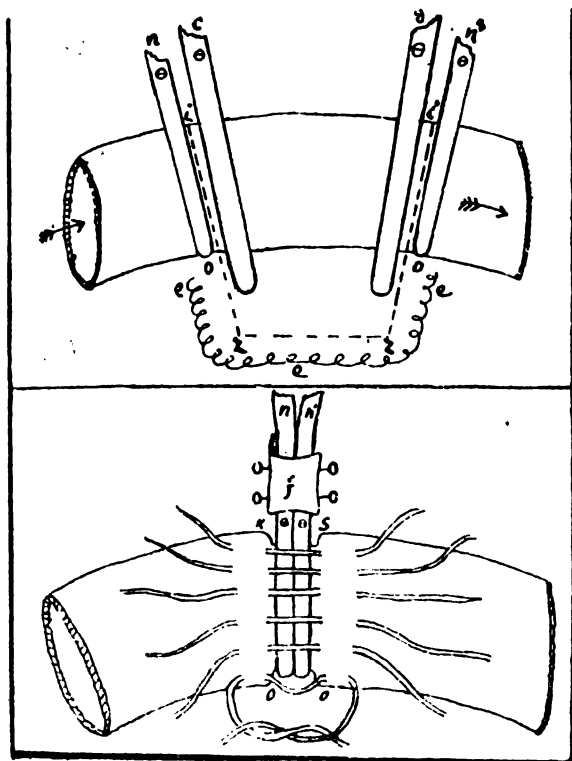



Fig. 2.

Passiamo all'operazione (fig. 2ª), per la quale, oltre all'Enterostomo, occorrono due altri klemmers retti, comuni.

Comprimendo l'intestino fra le dita si delimitano gli estremi dell'ansa da resecare *t t* mediante i due klemmers comuni *c d* che si serrano fortemente. L'assistente, tenendo questi klemmers sollevati e tra loro allontanati, spiega il mesenterio, del quale l'operatore *z z*, previa sutura emostatica a catena *e e e*. Nell'asola *z z* s'introduce un lenzuoletto spiegato.

Così l'ansa malata è *staccata emostaticamente* dal mesenterio resta ora a *resecarla coprostaticamente.*

In quest' intento si applica in sopra del klemmer superiore *c*, e parallelamente ad esso, uno dei klemmers dell'enterostomo *n*, badando a che le estremità delle sue branche corrispondano precisamente al limite d'inserzione del mesenterio all'intestino, *o*. Tra i due klemmers ne deve rimanere uno spazio di 2-3 mm., quanto basta per passarvi una fine lama di bistorì: da questo sottile tratto intestinale *i* che resta tra essi compreso, bisogna scacciare il contenuto in alto, strizzandolo opportunamente colle branche dell'istrumento. Alla stessa maniera si applica l' altro klemmer dell' Enterostomo *n'* a valle del klemmer inferiore *d*. Così i due klemmers comuni *c*, *d* stanno al centro e chiudono le estremità del tratto intestinale da esportare, mentre i due klemmers dell' enterostomo *n n'* stanno ai lati e chiudono le estremità dei monconi intestinali da anastomizzare.

A questo punto si denudano dall'inserzione mesenterica quei punti della circonferenza intestinale che corrispondono alle estremità dei klemmers dell'enterostomo, *o*, *o*, in modo da poterli in seguito suturare allo scoperto e non attraverso il grasso mesenterico. Questa limitatissima dissezione non può compromettere la vitalità delle corrispondenti zone intestinali, ma può richiedere qualche punto emostatico sul mesenterio scollato.

Ciò fatto, si arroventa alla lampada la lama d'un sottile bistorì e con essa si taglia l'intestino tanto fra i due klemmers superiori *iz*, che tra i due inferiori *i z*, tenendosi col tagliente *affatto rasente ai klemmers dell'apparecchio.*

L'ansa malata *i i*, già staccata dal mesenterio ed ora resecata, chiusa alle estremità dei klemmers comuni *c*, *d*, si avvolta nel lenzuoletto, e si porta via. Il bistorì adoperato per la resezione non si adopera più.

Quantunque le sezioni si facciano col coltello rovente e rasenti ai klemmers dell'enterostomo, in modo che dalle branche di questi non debordino tuniche intestinali, è tuttavia prudente strofinarvi sopra con un tamponcino umettato con acqua al sublimato.

Si addossano ora i klemmers dell'entorostomo *n n*, si serrano insieme stringendo la vite, e si procede alla sutura siero-sierosa a sopraggitto, piazzando i punti ai lati dei klemmers, i quali restano così infossati nel lume intestinale che si ricostituisce. La sutura circolare si comincia dal punto *s s*, dove si lascia lungo il capo del nodo, si prosegue in basso verso l'inserzione mesenterica, che si riunisce con particolare attenzione, e si continua sulla faccia opposta sino a ritornare a $^1/_2$ cent. dal punto *s s*, dove si annoda il filo e se ne lascia il capo lungo. Così la riunione dei due capi intestinali è completa, meno che per $^1/_2$ cent. sulla faccia convessa, dove rimane un'asola *K S*, dalla quale si debbono ritirare i klemmers infossati. Or mentre l'assistente tende i fili terminali della sutura, l'operatore separa i klemmers,

li apre e li sfila l'uno dopo l'altro: per chiudere la piccola scontinuità residua basta annodare i due fili; ma se si vuole essere più esatti si applicano due altri punti (questi si possono applicare anche prima di rimuovere l'enterostomo, e subito dopo si stringono ed annodano). Se lo si crede opportuno, si può fare un altro piano di sutura, prima o dopo di togliere l'entorostomo. Stropicciando dolcemente fra le dita la sutura, i due bordi intestinali introflessi e schiacciati dai klemmers si divaricano, e si può assicurarsi della ristabilita circolazione fecale facendo passare sul punto anastomizzato le materie intestinali spinte colle dita dall'alto al basso, od invaginandovi a dito di guanto la parte soprastante dell'ansa. L'operazione si completa colla sutura del mesenterio.

Se si deve rimediare a differenze di calibro, la sezione dell'ansa più piccola si fa di sbieco, collocando il klemmer in direzione obliqua: se la differenza è molta si fa la sutura al modo solito facendo combaciare le due inserzioni mesenteriche, e cucendo a sè, a fondo cieco, la parte convessa esuberante dell'ansa maggiore.

Questo mio Metodo (che può anche essere adoperato, ma con meno facilità, nelle enteranastomosi laterali e nelle gastro e colecisto-enterostomie) *risponde pienamente a tutti i 10 postulati tecnici dell'operazione.* Esso infatti:

1.° Assicura una coprostasi perfetta, evitando pericolose compressioni in sopra ed in sotto del punto anastomizzato, e schiacciando invece fortemente quelle sottili zone che restano introflesse e son destinate a sparire e sulle quali appunto perciò la compressione è provvidenziale, oltrecchè emostatica;

2.° Fa un'eccellente contenzione dei monconi da riunire;

3.° Evita l'ingombro del campo operativo, rendendo superfluo l'uso di ferraglie ingombranti e, se si vuole, anche l'aiuto di assistenti diretti;

4.° Permette di suturare agevolmente ed accuratamente l'inserzione mesenterica;

5.° Permette una solida e facile riunione per sutura siero-sierosa, o siero-muscolare;

6.° Evita qualsiasi contatto col contenuto o colla *mucosa intestinale la quale neppure si vede in tutta l'operazione*;

7.° Non dà formazioni valvolari, perchè s'introflettono margini, così sottili e tanto schiacciati e maltrattati, che debbono assolutamente e presto scomparire;

8.° Non lascia corpi estranei nel lume intestinale;

9.° Facilita l'anastomosi di monconi di diverso diametro;

10.° È facile, svelta, semplice, non avendo bisogno che di un semplicissimo apparecchio, il quale può anche essere sostituito da due klemeretti di Kocher.

Una parola sulla rapidità dell'esecuzione. In questa operazione

bisogna distinguere la parte preparatoria (laparo-o chelo-tomia, sutura e sezione del mesentorio, ecc). e la parte essenziale (resezione e anastomosi dell'intestino). Le manovre preparatorie, comuni a tutti i processi, nel mio sono più brevi, perchè non c'è bisogno di disporre con cura le molte pezze destinate a raccogliere eventuali sfuggite di contenuto intestinale, e perchè il campo operatorio non è ingombrato; la parte essenziale si fa in pochissimi minuti. L'unico processo che possa rivaleggiare in rapidità col mio è quello del *bottone* anastomotico, nel quale però il pregio della brevità è stato esagerato) perchè se si risparmia la sutura in compenso se ne debbono fare due a borsa di tabacco, e si deve anche tenere in considerazione il tempo che occorre per applicare ed adattare le due metà dell'istrumento. E non bisogna neppure dimenticare che nel processo del bottone la rapidità è una medaglia che ha il suo rovescio: se, infatti, dopo chiuso il bottone, l'operatore s'accorge che il combaciamento delle pareti intestinali non è venuto esatto, o che l'apparecchio stringe poco o troppo, o ch'è rimasta torsione nell'asse dei due monconi o che protrude un lembo di mucosa, o ch'è accaduto qualche altro incidente per il quale egli sente il bisogno di rimuovere il bottone, lì casca l'asino. Il bottone infatti si chiude a molla in un attimo, ma si apre svitando una vite lunghissima. In tali casi torna più comodo rifare più in là la resezione, anzichè tentare di svitare il bottone, ed allora tutta la vantata economia di tempo si risolve in un dannoso prolungamento, anzi addirittura in un raddoppiamento dell'operazione.

Se si considera infine che dopo fatte le due suture a borsa di tabacco e strette le due metà del bottone, la maggior parte dei chirurghi per prudenza fanno pure una sutura circolare più o meno completa, si comprenderanno le ragioni diverse per le quali l'esecuzione del mio metodo riesce più rapida di quella di tutti gli altri, bottone compreso.

Il battesimo clinico il mio metodo l'ha ricevuto con due resezioni intestinali da me eseguite con l'enterostomo con esito immediato e tardivo brillante: in seguito sono stati pubblicati altri casi operati in tal modo e tutti con esito felice, come pure sono a mia conoscenza altre operazioni ancora inedite nelle quali il metodo fu egualmente coronato di successo.

All'ultimo nostro Congresso di Chirurgia l'*Enterostomo* ebbe la fortuna d'incontrare l'approvazione dei moltissimi Maestri e Colleghi che lo videro e che promisero di adoperarlo.

Il Metodo ora attraversa il periodo della prova, i cui primi esiti felici permettono di sperare in quel successo finale ch'è riservato ai metodi che garantiscono colla maggiore semplicità di mezzi i più sicuri e migliori risultati.

Ed anche oggi, come due anni fa, mi piace di chiudere esprimendo la speranza d'essere riuscito:

1.° Ad affermare la necessità d'eseguire l'enteroanastomosi sotto la salvaguardia d'una coprostasi meccanica, d'una asepsi e d'una contenzione dei monconi, esattissime;

2.° Ad ad litare la via per conseguire lo scopo: l'applicazione, cioè, della costrizione sul margine della ferita.

Nè i discreti risultati ottenuti coi processi sinora in uso varranno a dimostrare che si debba continuare ad andare avanti con essi, perchè il buono non ha diritto di chiudere la via al meglio, e perchè in questa, come nelle altre operazioni, bisogna sforzarsi di non dover chiedere al caso o alla fortuna neppure la minima parte del successo!

Roma 8 Gennaio, 1900.

L'argomento del giorno.

La morte di un carissimo Collega, il Prof. Trombetta, rese vacante la Clinica Chirurgica di Messina del suo titolare. A coprire quel posto il Ministro della Pubblica Istruzione vi mandò per comando il Prof. Tricomi, già allievo di quella Scuola, e che insegnava Patologia Chirurgica nella Regia Università di Padova; ed a surrogare il Tricomi chiamò Enrico Burci di Pisa, il quale entrava così ufficialmente nell'insegnamento dopo di essersi già guadagnato con i suoi pregevoli lavori la stima dei Chirurghi del nostro Paese e di fuori. E tanto l'uno che l'altro si sono presentati ai loro Studenti con due prelezioni, che mi pare opportuno non dimenticare in questa rubrica, avendo scelto argomenti importanti e di studî ad essi preferiti.

Infatti il Burci, il quale molto scrisse e bene sulla *chirurgia dei vasi sanguigni*, come ne fa fede anche il capitolo che si pubblica adesso nel Trattato Italiano di Chirurgia, è di quest'argomento o per meglio dire sulla ricerca fisio-patologica e sui più recenti progressi della chirurgia dei vasi sanguigni che tratta (*Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche* n. 18, 1900). Ma seguirlo in questo suo dire è difficile, perchè è ad uno ad uno che egli discute i varî argomenti, e naturalmente facendo rilevare quali sono le sue idee, quali le sue ricerche, quali i fatti nuovi che ha potuti acquisire sull'argomento. M'importa però di notare come rivendica al Rizzoli la priorità della forcipressura definitiva, dal Chirurgo Bolognese usata sino dal 1860. È quindi una nuova foglia di lauro che appartiene alla Chirurgia della Italia nostra; e sia lode al Burci di avere provato come la forcipressura sia una conquista Italiana, a quella guisa che il Vanzetti dimostrò essere Italiana la emostasia preventiva dovuta a Grandesso Silvestri e non all'Esmarch.

Il Tricomi scelse come tema della sua prelezione l'*importanza della sonda gastrica nelle gastropatie e le indicazioni della gastroenterostomia* (*Riforma Medica*). L'Argomento non poteva essere più stuzzicante, perchè è una chirurgia, quella del ventricolo, che affascina e che dà delle soddisfazioni incancellabili. È per questo che volentieri si discute, e più volentieri ancora si narra ciò che si è fatto e si pensa.

L'utilità della sonda sia come mezzo esploratore, sia per estrarre il contenuto gastrico per analizzare il chimismo, e ricercare la funzionalità del ventricolo non vi è ormai chi la ponga in dubbio: e si aggiunga che se serve per la diagnosi e la prognosi, serve ancora di più per la constatazione degli effetti. prossimi e remoti, ottenuti da un atto operativo. E fra questi la gastro-enterostomia merita la nostra maggiore attenzione, perchè « operazione in sulle prime palliativa e di necessità nei casi di carcinoma inoperabili, la gastro-enterostomia si è ora elevata ad operazione di elezione e di cura radicale per alcune malattie, così che questa e la resezione anulare gastrica per neoplasma rappresentano in oggi gli atti operatorî, quasi esclusivi, della chirurgia dello stomaco, dopo di avere tolto il campo alla pilorectomia, alla piloroplastica, alla resezione parziale dell'ulcera semplice col metodo di Rydygier ed alla gastroplicatio ». E con la gastro-enterostomia si crea una via nuova agli alimenti, ed è possibile sottrarre la massima parte di viscere all'azione di tutti gli agenti irritanti « soddisfacendo così al grande precetto di patologia: il riposo dell'organo ». Ed è così che si possono ottenere quelli splendidi resultati che il Tricomi giustamente vanta di avere avuti alla pari di molti altri chirurghi; e raccomandando lo studio del malato e l'operazione in tempo opportuno e non tardiva prevede ancora nuove conquiste e nuovi progressi.

Alle idee del Tricomi io non posso che associarmi: idee che io ho somma-

riamente esposte senza entrare nei particolari, perchè a me bastava di accennare ai principî generali, e perchè sono quelle stesse dei varî chirurghi che egli ha citati (per non dire che dei nostri) come il Loreta, il Carle, il Durante, il Codevilla, il Novaro, il Boari, il Mugnai, il Porta, il Bastianelli. E sono anche le mie, che il Tricomi ha dimenticato di citare sebbene primissimo in Italia, e cioè subito dopo il Novaro, mi sia occupato dell'argomento, e non lo abbia mai abbandonato o con statistiche, o con ricerche, o con critiche, e che so io. Mi permetta dunque il Collega Tricomi di rivendicare questo onore, perchè proprio ci tengo e moltissimo ai miei molteplici lavori sulla chirurgia gastrica che sono andati modificandosi col progredire degli studî e dell' esperienza ed alla mia ricca statistica, e non trovo giusto essere io proprio il solo dimenticato. Accetto la critica, ma quando si fa la storia essa deve essere esatta, e non può e non deve essere semplicemente posto chi fu fra i primi a studiare un argomento fra gli *altri*, cioè fra quelli che non si vogliono citare o non merita sieno citati.

* * *

Ed anche l'amico e Collega mio Ruggi ha voluto rivendicare a sè l'onore di varî studî fatti sulle malattie del ginocchio. Infatti in due Lezioni *intorno all' artro-sinovite del ginocchio* (*Clinica Moderna*, n. 1, 2, 5-1900) studia l' argomento dal punto di vista della fenomenologia, della diagnosi e della cura; ed argutamente ed a pieno diritto trova il modo ad ogni passo di ricordare i suoi lavori antichi. E così dimostra come fu lui che nel 1870 provò che la flessione della gamba sulla coscia era dovuta all'iperestesia delle superfici articolari; nel 1871 che i punti dolorosi sono prevalentemente al lato interno per maggiori lesioni ossee cagionate dalla diuturna e costante pressione; nel 1872 che l'allungamento dell'arto consecutivo all'infiammazione cronica dell'epifisi è la causa principale della flessione delle gambe; nel 1870 che fu il secondo in Italia, e cioè subito dopo il Vanzetti, ad eseguire la resezione del ginocchio. E chi studia chirurgia sa benissimo come in quell'epoca la chirurgia conservatrice delle ossa e delle articolazioni era al suo inizio, e si chiamava ardita alla pari della chirurgia viscerale ai giorni nostri. Ed il Ruggi ha avuta piena ragione a ricordare i suoi studî; ed io ho voluto rammentarli ai lettori della Clinica Chirurgica, in quanto ora e sempre mi farò un dovere di richiamare l'attenzione sui lavori di Chirurghi Italiani, che hanno il diritto di non essere dimenticati.

* * *

Uno degli argomenti che più affatica il patologo nelle sue ricerche è quello della *genesi dei tumori maligni*. Qui sta la chiave della loro terapia, una volta che pur troppo è dimostrato che anche le asportazioni più generose non garantiscono dalle recidive. L' atto operativo può dunque eliminare il neoplasma: ma rimangono però nell' organismo condizioni tali che questo si riproduce. Da ciò la necessità di combattere queste condizioni; ma non è e non sarà possibile fino a che non si sia trovata la soluzione del problema della loro etiologia e patogenesi. Il Sanfelice, che di questi studî è benemerito cultore, alla Società delle Scienze Mediche e Naturali di Cagliari, il 12 Gennaio intrattenne i Consoci su questo argomento con quell'abilità che tutti gli riconoscono.

Ricorda l' antica teoria del Brown o del blastema, dal quale si sarebbero originate le cellule dei tumori, come da una soluzione satura si formano i cristalli, e le modificazioni apportatevi dal Robin, il quale sostenne che il blastema aveva origine dalla fluidificazione degli elementi cellulari che avevano conservato carattere embrionale, dal blastema poi si sarebbero originati gli elementi neoplastici. E decadde pure la teoria localistica che ammetteva il tumore si originasse in un dato punto come si genera un'infiammazione qualunque, per cedere il posto alla teoria del Cohnheim degli elementi embrionali, i quali dallo stato

latente passano all'attività produttiva, e poi a quella di Bard che ammetteva il tumore insorgesse dal disequilibrio degli elementi cellulari, e del Critzmann dei due gemelli supponendo « che quando di due ovuli uno solo venisse fecondato, questo inglobasse l'altro non fecondato; quest'ultimo poi tutto ad un tratto diventerebbe un tumore maligno; sarebbe cioè un fratello che diventa fratricida ». Sorse poi la teoria del Thiersch dell'equilibrio tra la neoformazione connettiva ed epiteliale, e solo quando quello non esiste più, e cioè oltrepassati i 40 anni si ha tumore epiteliale perchè è l'epitelio che ha maggiore attività prolifera. Ma anche questa teoria cede il passo a quella degli elementi migranti (Aoudt) per poi alla sua volta lasciare il terreno a beneficio della teoria parassitaria.

Nel primo periodo di questa si credette che gli agenti patogeni fossero schizomiceti (teoria schizomicetica); nel secondo sarebbero stati dei protozoi (teoria coccidica); e nel terzo dei blastomiceti (teoria blastomicetica).

Il Sanfelice ammette il contagio in quanto uomini si infettarono in seguito al contatto sessuale con donne affette da tumore maligno all'utero. Ma è poi necessario ammettere, esclama, che il tumore sia dovuto ad un agente patogeno speciale, lo stabilire che esso sia di natura infettiva? Crede poi che i risultati negativi della inoculabilità sperimentale non debbano e non possano fare negare la natura parassitaria dei tumori.

Imperfette però furono le prime ricerche, che condussero alla teoria schizomicetica, poichè nè il diplococco del Rapin, nè il bacillo dello Scheurlen (uno pel cancro ed uno per il sarcoma) confermato dal Sanarelli e dal Bernabei sono gli agenti patogeni del cancro, ed i microrganismi trovati con metodi imperfetti nulla hanno che fare col cancro.

Darier, Sautschenko, Foà, il Sondakewitch, il Metchnikov affermarono allora doversi il cancro a coccidi, ed anzi si distinsero due fasi di questi corpi: cistica e sporigena. « La prima obiezione, dice il Sanfelice, che si è fatta a questa teoria coccidica, è che probabilmente questi corpiciattoli non erano che prodotti di generazione delle cellule o residui di nuclei inglobati dalle cellule cancerigne. Il Foà, il quale fu uno di quelli che più insistettero in questa teoria, dimostrò che le inclusioni cellulari non hanno che fare con queste forme parassitarie, e ciò sia detto a suo onore. Tutti questi autori che spiegarono questi corpi come coccidi, videro bene, ma interpretarono male ».

Viene allora la teoria dei blastomiceti, perchè ne esiste un gruppo che inoculati presentano tutte le forme di tumori che si trovano nell'uomo. « Inoculando queste colture per la via endovenosa si ottengono tumori connettivali, reagiscono dunque soltanto gli elementi mesenchimali. Inoculando in sito reagisce solo l'epitelio e si ha un epitelioma Proliferano dunque gli elementi che vengono a contatto diretto ». Il Bra avrebbe isolato culture pure di blastomiceti che riproducevano i tumori maligni nei cani. Ma ancora non è risolto il problema vaccinogeno immunizzante.

E sarebbe pure il bel trionfo per la nostra Scienza. Si pensi che in Italia si ha una media di 13000 morti all'anno per tumore maligno. Quante vittime da strappare ai dolori, ed alla Parca spietata!

*
* *

E sempre sul quesito del *parassitismo dei tumori*, e della patogenesi del cancro Podwyssotzki di Kieff ha pubblicato adesso (*Presse Médicale* n. 13) un suo lavoro, continuatore di quello di Waronin, il quale aveva trovato il parassita produttore di alcuni tumori nei cavoli ed in altre crocifere. Nawachine aveva completati questi studî, ed ora il Podwyssotzki potè dimostrare come il mixomiceto Plasmodiaphora Brassicae che produce nei cavoli ed in altre crocifere dei tumori multipli può pure essere accusato come produttore di tumori parassitarî, di origine mesodermica negli animali. È però vero, soggiunge, che nel coniglio e nella cavia questi tumori non sono che temporanei, a seconda delle

condizioni d' infezione nelle quali procedè , e cioè impianto delle spore sotto la pelle e sotto il peritoneo; la fagocitosi salva gli animali da una generalizzazione del tumore. Si noti che esperienze di Jarasjevitch provano che le inoculazioni fatte con spore precedentemente incise non producono il tumore.

È quindi evidente, soggiunge, che è alla spora tuttora vivente che è dovuto l'accrescimento delle cellule, e che ci troviamo in presenza di un nuovo parassita che può produrre negli animali, dei tumori parassitarî. Non sono dei cancri, perchè si tratta di proliferazione di cellule mesodermiche, ma è un granuloma parassitario micomicetico. « E se si riuscisse a produrre con questo parassita in altri animali o per altro genere d'infezione , dei tumori che non si arrestassero nel loro sviluppo, ma che si propagassero più lontani, si potrebbe allora, parlare di vero sarcoma o di endotelioma, od anche meglio di peritelioma parassitario » . . . « E per questo che penso che lo scetticismo, nella quistione del parassitismo del cancro, basandosi sulla impossibilità di scoprire dei parassiti evidenti e facilmente dimostrabili non deve andare troppo lontano Bisogna cercare ed esplorare, per quanto lo possiamo, non dimenticando le parole di Pasteur — in caso di verità da conoscere , il dovere dello scienziato non finisce che là ove il potere manca — ». È importante attendere la continuazione di questi studî singolari ed interessanti.

*
* *

Sono importantissime alcune ricerche eseguite da Gehucten nelle *lesion istologiche nella rabbia umana*, controllate da Degine , e comunicate all' *Accademia di Medicina del Belgio* nella seduta del 27 Gennaio 1900. Nei centri nervosi non constatarono che delle lesioni banali, incostanti e senza importanza. Nei ganglî spinali e simpatici, invece, sempre le stesse lesioni, e cioè: un tessuto di neoformazione , costituito probabilmente dalla proliferazione di cellule endoteliali delle capsule che contengono le cellule nervose invade lentamente quelle capsule e porta la distruzione degli elementi nervosi. Al primo stadio di questa neoformazione corrisponde l'ipereccitazione cutanea, muscolare, e tendinea che si osserva nel decorso dell' infezione .rabica , mentre che la distruzione di tutti gli elementi nervosi dà luogo ad anestesia e paralisi. Questa non è dovuta ad una lesione delle vie motrici come l'esperienza fisiologica lo prova E unicamente la conseguenza della distruzione dei rumori sensibili periferici: è una paralisi reflessa.

L'animale rabbioso non è paralizzato che perchè è insensibile. Queste lesioni dei ganglî cerebro-spinali sono talmente caratteristiche e costanti che possono servire per la diagnosi. Per l' avvenire non bisognerà più ricorrere all' inoculazione per sapere se un cane è colpito da rabbia; basterà fare dei tagli in un ganglio cerebro-spinale. Tutti i ganglî possono essere utilizzati a questo scopo ma quello che offre sempre le lesioni più profonde è il *ganglio nodoso del vago*.

*
* *

È già noto ai Lettori della Clinica Chirurgica come Lanceranx ed Huchard proposero la *cura degli aneurismi dell'aorta con le iniezioni di gelatina*, e quindi non ho ragione di tornare sopra questi casi. Ricordo che anche il Boiret ed il Barth tentarono tale mezzo di cura in due casi, ma con esito letale; miglioramento l'ottenne il Bach (*New York Medical Journal*, 17 Aprile 1899) e così pure avvenne al Klemperer Non vide risultato utile il Fraenkel, ebbe morte dopo una sola iniezione l'Unwerricht. Adesso è il Dott. A. Geraldini (*Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche* n. 15) il quale rende conto di quattro casi da lui osservati nella Clinica Medica di Roma. Nel primo che riguarda una donna di 60 anni con aneurisma dell'arteria innominata, insufficenza aortica e stenosi mitralica furono fatte 45 iniezioni nella regione anteriore superiore destra e sinistra del torace,

di 15 cmc. al giorno. Susseguì per tre volte all'iniezione elevamento termico. Dopo la cura durata circa due mesi, perchè ogni dieci giorni s'interrompeva per cinque giorni, i dolori nevralgici erano completamente scomparsi e così pure la disfagia: diminuito notevolmente il battito al giugulo e scomparsa la pulsazione propria del tumore, il quale si è ridotto del volume di un uovo di piccione e di consistenza duro-fibrosa, diminuita la dispnea.

Non mi pare necessario stare a riportare le altre storie, solo posso aggiungere che anche negli altri tre casi vi fu sempre miglioramento. Ora le conclusioni a cui viene il Geraldini, e che riporto testualmente sono le seguenti:

a) che la gelatina è assorbita;

b) che aumenta la coagulabilità del sangue;

I. *Tecnica: a*) la formula della soluzione di gelatina da usarsi sugli aneurismi è:

Gelatina marca d'oro	Gr.	1
Cloruro di sodio	»	1
Acqua distillata e sterilizzata	»	100

o meglio raddoppiare la dose della gelatina e del cloruro di sodio;

b) Per usarla, si porti la gelatina a bagno maria a 37.° e le iniezioni siano quotidiane da 10 a 20 cmc.

c) La soluzione dev' essere accuratamente sterilizzata e rinnovata ogni 2, 3 giorni al maximum, altrimenti si va incontro al rischio di una febbre (37,5, 40), preceduta da brividi, che termina in profusi sudori, la quale dura dalle 6-7 ore e talvolta più, secondo lo stato della soluzione iniettata. *A soluzione sterile* non si ha la minima reazione generale e nessun disturbo dell' infermo. Localmente durante l' iniezione si produce un senso più o meno vivo di bruciore, a cui l'infermo facilmente si abitua; subito dopo le iniezioni, il bruciore diminuisce e in breve scompare. Praticando la dovuta antisepsi della cute, mai si ha suppurazione nel sito delle iniezioni.

d) Tali iniezioni devono essere seguite da massaggio prolungato, che favorisce l'assorbimento e fa sparire la borsa che si forma in sito.

e) Il numero delle iniezioni è dato dalla scomparsa o almeno notevole diminuzione dei sintomi prodotti dall'aneurisma.

II. *Effetti Terapeutici*: *a*) Graduale diminuzione e scomparsa talora dei disturbi subiettivi, causati dal tumore aneurismatico. Lo stesso dicasi degli obiettivi: rimane, s' intende, la borsa aneurismatica diminuita di volume e indurita senza movimenti autocloni.

b) Mai si sono avuti incidenti spiacevoli; sebbene si trattasse di aneurismi aortici o dei grossi vasi, e se la gelatina avesse potuto esplicare proprietà coagulanti troppo energiche, queste avrebbero avuto tutto l'agio di manifestarsi; lo stesso dicasi per il timore di embolie.

III. I benefici effetti della cura saranno poi aumentati, se entrando nella pratica comune, le si unirà la somministrazione di preparati jodici, di una dieta speciale mista a riposo. Il riposo completo è necessario durante la cura e alcuni giorni dopo la sua interruzione, per dare tempo ai coaguli, che si formano nella sacca aneurismatica, di consolidarsi e di aderire fortemente fra loro e con la parte stessa.

Come si vede, il mezzo avrebbe corrisposto tanto che il Geraldini non tituba nel dichiararne l'assoluta innocuità.

*
* *

Ed a proposito sempre della gelatina debbo citare un caso di *Morbo di Werlhof* curato con le iniezioni sotto-cutanee di gelatina come racconta (*Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*) il Dott. C. Senni, Assistente del Professor Pinzuti. È un caso che ha aggiunto ai due narrati dall'Arcangeli (*Bollettino*

della Società Lancisiana di Roma. Fascicolo I) dimostrante la utilità. La soluzione adoperata era di gr. 15 di gelatina di marca d'oro e soluzione di cloruro di sodio al 0,65 $^0/_0$ di acqua stillata, bollita e filtrata Grammi 300. Ne iniettava 10 cmc. della soluzione due volte al giorno, cioè 50 centigr. di gelatina per volta vale a dire un grammo al giorno. Via sottocutanea e non endovasale alla Laborde.

*
* *

È un lavoro di molta importanza quello del Sicard sulla *Meningite tubercolare sperimentale* eseguita nel Laboratorio dei Professori Raymond e Brissaud a Parigi (*La Presse Médicale*, n. 11, 1900) del quale riferisco le conclusioni, però non senza prima ricordare che di un tale argomento se ne occuparono anche il Nannotti e Baciocchi. Ecco cosa scrive il Sicard: È possibile di realizzare sperimentalmente la meningite tubercolare disseminata sia per via sanguigna sia per seminazione diretta del liquido cefalo-rachidiano. Il sistema linfatico, considerato come via lontana di trasporto canalicolare non gode alcuna parte nel meccanismo di quest'infezione. Dei leucociti isolati ed emigrati di talune cavità molto contigue (nasale, oculare, auricolare) possono soli, sotto l'effetto di una reazione patologica di questa cavità favorire, per la loro migrazione, la seminagione di questo liquido. Questa infezione tubercolare sperimentale dà luogo, nella grandissima maggioranza dei casi, ad un *processo diffuso* ed esteso a tutta la rete della pia madre; nei casi più rari, può dare luogo alla *meningite a placche.* Le tossine secrete del bacillo di Koch godono una parte importante nella evoluzione di questo processo. Il liquido cefalo-rachidieno è un fattore essenziale nella seminagione del bacillo e delle sue tossine. Nel decorso della meningite tubercolare generalizzata, le lesioni cellulari dei centri nervosi sottostanti possono servire a spiegare i sintomi d'ordine motorio osservati durante la vita. Nel decorso di una tubercolosi extra-durale, alle lesioni midollari dovute alla compressione possono venire ad aggiungersi le lesioni dovute all'infezione diretta bacillare. Gli essudati e le granulazioni situate in corrispondenza della pia madre non sono il resultato di un processo di infezione polimicrobica; il bacillo di Koch e le sue tossine sono capaci, da soli, di creare queste granulazioni.

*
* *

E termino ricordando un lavoro del Dott. Guido Cavazzani di Venezia sulla *cura della forma grave della nevralgia del trigemino colla resezione del ganglio simpatico cervicale superiore* (*Rivista Veneta* n. 3, 1900). « Pensando, egli scrive, come la resezione del simpatico al collo fosse stata tentata in altro morbo del pari assai tenace e grave, anzi di maggiore entità della prosapalgia, la epilessia, per quanto la sua essenza ci sia ignota, forse dovuta a cause disparatissime; pensando che la medesima resezione venne praticata nel glaucoma, malattia prettamente infiammatoria e sotto molti punti paragonabile alla gastrite, tale dovendosi ritenere molte volte la nevralgia, pensando che dalla scarsa sostanza del ganglio e del plesso carotideo partono costantemente due filamenti nervosi, che si recano al ganglio gasserino, e ravvisando in ciò una evidente ed assai stretta connessione di questi due gangli fra di loro, e conseguentemente il predominio trofico del primo sul secondo; ritenni che la resezione del ganglio superiore simpatico omologo dovesse portare una notevole modificazione nello stato di nutrizione di esso e presumibilmente la guarigione ». Ed il miglioramento che promette la guarigione si è verificato. Ed auguro al Cavazzani il successo dovuto ad un'idea geniale e buona.

Parma, 28 Febbraio 1900.

ANDREA CECCHERELLI.

RIVISTA SINTETICA

Occlusioni intestinali post-operatorie.

Le occlusioni intestinali post-operatorie sono state studiate già da tempo: ma mentre fino al 1888 sono confuse generalmente con la peritonite traumatica, da quest'anno in poi gli osservatori hanno raggruppato i fatti in modo da trarne delle conclusioni pratiche. Il primo in ordine di tempo è Wolf-Hirsch seguìto indi da Collos, da Lucas-Championnière, da William Easterly Ahston, più tardi da Tuja, da Legnen, da Adenot, da Giresse, da Naoumoff e finalmente da Lemlos che nel 1899 scrisse una tesi esponendo in essa oltre a tutto ciò che si sapeva prima sull'argomento, anche delle proprie osservazioni.

La frequenza delle occlusioni intestinali post-operatorie varia secondo gli autori dal 1, 1 al 5, 5 per cento, cifre che probabilmente sono ancora lontane dal vero. Fu osservato che i drenaggi e i tamponamenti alla Mikulicz, dando luogo a retrazione dei tessuti in causa della cicatrizzazione della tasca contenente il tampone, possono facilitare l'occlusione, nè sembra che la facilità o la semplicità di un atto operativo siano una garanzia contro il possibile insorgere di codesto postumo.

Secondo il Leuclos, l'ovariotomia, l'isterectomia vaginale e la salpingectomia sono le operazioni che dànno più frequentemente la complicanza post-operatoria sunnominata, e mentre non vi è un'età più delle altre predisposta, il sesso femminino invece nè è molto colpito per il largo tributo che esso dà alla chirurgia addomino-pelvica.

Le occlusioni intestinali post-operatorie possono comparire in diversi momenti; le immediate sopravvengono nei primi tre o quattro giorni dopo l'operazione nel tempo in cui abitualmente appare la peritonite: questa occlusione immediata può essere prodotta dalla riduzione in massa di un'ernia strozzata o dal pizzicamento dell'intestino, per opera di uno strumento o di una legatura o di una sutura. Il disgraziato accidente può comparire anche dopo cinque o sei giorni e può essere determinato da una causa accessoria, per esempio, da un purgante intempestivo. Allora si deve considerare principalmente come causa la paralisi intestinale oppure un volvolo o lo strozzamento di un'ansa dentro un anello.

Qualche giorno più tardi, allorchè la guarigione sembra progredire senza arresto, può avvenire la coprostasi o la compressione di un'ansa intestinale per opera di un versamento: questo è il periodo in cui possono cominciare a prodursi delle briglie e delle aderenze che conducono a restringimento, le quali briglie e aderenze sono però più propriamente la causa delle occlusioni a lunga scadenza, quelle che si verificano mesi e anni dopo l'operazione.

Considerate dal punto di vista del loro modo di produzione, abbiamo prima di tutto le occlusioni causate da aderenze che si formano a livello di superfici cruentate (peduncoli di cisti ovariche, epiploon resecato). Poi abbiamo l'intestino che può contrarre aderenze con un organo vicino infiammato.

Si possono avere anche occlusioni per la presenza di un drenaggio intraperitoneale o di un tamponamento alla Mikulicz in seguito ai quali avvenendo una peritonite adesiva, le anse intestinali si fissano più o meno sulla parete della tasca neoformata. E qui è il caso di riportare la seguente osservazione:

Il 13 Marzo 1899 fu operata nella Clinica Chirurgica di Parma diretta dal Professor Ceccherelli certa T... Cleonice d'anni 31, affetta da una cisti suppurata del legamento largo di destra. Dopo vuotata la cisti fu fatta una volumi-

nosa fognatura alla Mikulicz del cavo residuato. La donna dopo un poco uscì dall'ospedale e tornò alle proprie occupazioni senza avvertire per un certo tempo alcun disturbo, ma dopo alcuni mesi comparvero dei fenomeni che si possono considerare come sintomi di una leggera stenosi intestinale. La molestia maggiore consiste nella stitichezza quasi invincibile. La paziente avverte dei dolori di ventre qualche ora prima di evacuare l' alvo, le materie fecali sono sempre dure, emesse con difficoltà sotto l' aiuto di molti premiti. Compiuta l' evacuazione la donna sta bene fino al giorno seguente in cui si verificano gli stessi fenomeni. Usa di cibi, a dir vero, poco appropriati cioè molto riso e molti erbaggi, alimenti che dando copiosi residui fecali, fanno maggiormente sentire la presenza dei punti stenotici che sono probabilmente residuati in seguito allo zaffamento voluminoso per la formazione di aderenze che avranno dato luogo a retrazione dei tessuti. Questa donna di tanto in tanto fa uso di purganti senza ottenere notevole effetto.

Le mestruazioni scarse sono pure accompagnate da forti dolori.

Le briglie che si riproducono spesso in seguito a laparotomie possono essere costituite da una frangia d'epiploon o di mesentere o da un lembo qualunque di superficie cruentata, che viene ad aderire ad un punto della parete addominale o del suo contenuto formando come una corda, per opera della quale le anse intestinali vengono strozzate.

Un certo numero di casi di volvolo e di nodi intestinali sono stati notati dopo le laparotomie ed hanno richiesta una seconda operazione per togliere la causa dello strozzamento; le anse possono infine impegnarsi in orifici o cavità anormali, come fori fatti artificialmente nell'epiploon, spazii stretti formati da retrazioni cicatriziali o da spostamenti d'organi.

Vi è ancora un'altra causa di occlusione intestinale post-operatoria. Talvolta lo sviluppo del legamento sospensorio dell'angolo formato dal colon trasverso e dal colon discendente sinistro non è completo, esso è atrofizzato e ridotto alla parte mediana onde il tubo intestinale non è più sostenuto nel modo normale. L'angolo colico tende allora ad esagerarsi in ragione dell'insufficienza del sostegno. Di qui l'occlusione meccanica del colon tende a stabilirsi e ogni perturbazione che esagera questo modo di disporsi tende a facilitare l'occlusione. Ed è così che il semplice peso del colon trasverso che s'abbassa in un addome che si è svuotato di un grosso tumore, basta per costituire l'occlusione intestinale. Delle anse poi dell' intestino tenue possono venire ad impegnarsi nell'angolo formato a sinistra dal colon trasverso e discendente innichiandovisi esattamente ed siponendosi a strati le une al disopra delle altre. In seguito poi al meteorismo che dilata queste anse, i due segmenti del colon trasverso e discendente restano compressi e si produce l'occlusione. Questo disporsi dell' angolo colico sotto-costale sinistro è di rado sufficiente per occasionare primitivamente delle occlusioni. Ma dopo che si è tolto ad esempio un grosso tumore, il quale per la sua presenza aveva spostati tutti gli organi addominali e aveva modificata la funzione dei legamenti che sostenevano i varii organi, l' intestino tutto ad un tratto abbandonato al proprio peso può determinare delle trazioni troppo violente sopra i legamenti sospensori insufficienti specialmente sul sinistro. Questo spiega perchè le occlusioni intestinali post-operatorie sono più frequenti dopo le laparotomie per cisti dell'ovaio.

Anche la sola contrattura della parete intestinale per una lunghezza più o meno considerevole senza alcuna alterazione anatomica apprezzabile è in caso di dar luogo all'occlusione intestinale.

Le condizioni che presiedono alla produzione di questo spasmo post-operatorio sono ancora oscure. Le occlusioni incomplete si osservano più frequentemente che quelle assolute: l' intensità del fenomeno spasmodico si trova sovente in relazione con una irritazione violenta e ripetuta, per esempio causata da purganti intempestivi.

Degli errori operatorii sono infine in grado di causare l'occlusione come per dimenticanza nel ventre di compresse, di spugne, di strumenti, ecc.

Si raccontarono poi casi in cui l'intestino era stato preso nei punti di sutura della parete addominale o lateralmente nel morso di una pinza durante una isterectomia vaginale.

Lenclos dal punto di vista della sede distingue le occlusioni post-operatorie in quelle dovute ad un ostacolo situato nel focolaio stesso dell'operazione, come avviene generalmente dopo che si è operata una ovariotomia o una salpingectomia e in occlusioni per un ostacolo indipendente dal focolaio operatorio. Abbiamo poi occlusioni che possono essere comuni a tutte le operazioni intraaddominali ed altre che sono speciali di certe forme operatorie. Così l'operazione di ernie strozzate, l'estirpazione di grossi tumori dell'addome, l'isteropessia addominale, l'isterectomia vaginale, la gastroenterostomia per cause diverse sono in caso di dar luogo ognuna di esse ad una speciale e caratteristica forma di occlusione intestinale.

In quanto alle lesioni anatomo-patologiche si devono considerare prima quelle preesistenti all'occlusione. In seguito ad un atto operativo la sierosa può essere sede di una infiammazione, il primo stadio della quale è costituito da un essudato siero-fibrinoso: questo forma dipoi delle membrane che presto si organizzano e così si sviluppano delle aderenze che dapprima sono molli e vascolarizzate e che più tardi sono costituite da vero tessuto connettivo. Il fattore più importante di queste neomembrane è l'infezione. Fu dimostrato che sono i microrganismi che sviluppano i focolai infiammatori, dai quali traggono origine le neomembrane periviscerali che in seguito cagionano il restringimento.

Si hanno poi le lesioni organiche consecutive all'occlusione. Le alterazioni dell'intestino a livello dell'ostacolo sono disturbi circolatori e nei casi più gravi si arriva fino alla gangrena ed alla perforazione. Al di sopra di questo punto si ha la dilatazione dell'intestino per l'accumulo delle feci e dei gas e se l'arresto è completo si può giungere ad un distendimento straordinario che è necessariamente accompagnato da alterazione delle pareti assottigliate: possono aversi fessure non solo della mucosa ma altresì di tutte le tuniche.

Al disotto dell'ostacolo si trovano delle anse accasciate, pallide, ridotte qualche volta allo stato di un cordone.

La congestione a livello e al disopra dell'ostacolo provoca la formazione di essudati che poi dànno luogo a pseudomembrane che possono essere favorevoli in questo caso perchè, data una perforazione, sono in grado di limitare il focolaio e preservare il peritoneo da uno spandimento di materie stercoracee. Anche il mesenterio viene contemporaneamente congestionato. L'infiammazione diffusa del peritoneo può essere secondaria alla perforazione dell'intestino o aversi per propagazione delle lesioni che esistono alla superficie dell'intestino stesso.

In quanto agli altri organi, furono trovate lesioni nella milza, nei polmoni e nei reni dovute senza dubbio ai microrganismi passati nel torrente circolatorio.

I sintomi dell'occlusione intestinale post-operatoria sono in gran parte i medesimi dell'occlusione primitiva. I primi compaiono generalmente dal terzo al sesto giorno dopo l'atto opertaivo, tuttavia possono sorgere anche dopo mesi e anni. Il dolore è localizzato generalmente all'epigastrio o a livello dell'angolo sotto-costale sinistro. La soppressione delle evacuazioni e dell'uscita dei gas è il segno patognomonico dell'occlusione. I vomiti sono costanti, essi dipendono dalla contrazione antiperistaltica reflessa dello stomaco e dell'intestino. Dapprima vengono espulsi gli alimenti che si trovavano nello stomaco o che vi sono stati poi introdotti, poi sopravvengono vomiti biliosi e fecaloidi. Le eruttazioni e i singhiozzi sono riflessi d'origine peritoneale, il singhiozzo frequente, doloroso, incoercibile deve far pensare alla peritonite generalizzata.

Il segno di Wahl consiste in ciò: che in certe forme d'occlusione intestinale, una porzione d'intestino nell'addome è soggetta ad una fissazione e ad una distensione anormale che si rivelano con l'asimmetria della forma del ventre e per un aumento evidente della resistenza.

Si può ancora constatare la presenza di un versamento siero-sanguigno nel peritoneo immune da qualsiasi infiammazione dovuto al disturbo intenso e rapido di circolazione delle pareti intestinali.

I disturbi generali sono variabili a seconda della reazione nervosa del malato e del suo grado di auto-intossicazione. Quelli del sistema circolatorio appaiono presto, le pulsazioni del cuore sono indebolite e aumentate di numero, il polso è piccolo, frequente, ineguale, talvolta filiforme e sfuggevole. La temperatura s'abbassa e i malati muoiono per algidità. Appare la dispnea, l'albuminuria e l'anuria, e i pazienti sono prostrati, cadono in torpore e da ultimo in coma.

La perforazione intestinale si appalesa con una calma improvvisa che dà al malato l' illusione di essere liberato, ma questo miglioramento è soltanto subbiettivo e se si soprassiede non può tardare il disastro.

La setticemia prende una grande importanza nei fatti d'occlusione acutissima quando si vedono i malati cadere rapidamente in collasso e morire avvelenati per l' uscita in massa dei germi e dei veleni dell' intestino.

Può essere difficile la diagnosi tra la peritonite traumatica e l' occlusione intestinale precoce.

Nella prima, che comincia abitualmente con uno o più brividi, l' insorgere dei sintomi è generalmente violento, nella seconda al contrario si presenta sovente un insorgere insidioso. Il dolore è più localizzato nell' occlusione e più profondo, più generalizzato e superficiale nella peritonite. I vomiti sono meno precoci, meno frequenti nella peritonite e raramente fecaloidi. L'arresto delle feci e dei gas resiste ai mezzi medicamentosi ed è quasi assoluto nell'occlusione: ciò che non succede nella peritonite.

L'ottusità o la sub-ottusità nelle parti declivi, sopratutto ai fianchi e la percezione del fiotto lombo-addominale, segni dell'esistenza di un versamento liquido, sono buoni segni di strozzamento interno. Di regola si ha l' ipertermia nella peritonite, l' ipotermia nell'occlusione, ma bisogna però notare che nelle occlusioni intestinali semplici senza peritonite, la coprostasi può dar luogo ad un certo elevamento di temperatura e d'altra parte si possono avere delle peritoniti con febbre piccola e anche con ipotermia. Un buon segno di sede è dato dall'esame dell'orina che nell'occlusione completa dell' ileo contiene sempre dell' indicano, mentre non ne contiene quando l'ostacolo ha sede in un' altra parte del tubo intestinale.

Dal punto di vista dell'evoluzione morbosa, l'occlusione intestinale post-operatoria può presentarsi sotto quattro forme: acutissima, acuta, subacuta e cronica. Nella forma acutissima i fenomeni sono assai gravi fino dal principio e si susseguono con spaventevole rapidità, in uno o due giorni e talvolta in poche ore i malati muoiono senza che si faccia a tempo a mettere in opera una cura efficace Nella forma acuta il pericolo è sempre imminente e la situazione pure gravissima. Pure gli ammalati resistono generalmente qualche giorno e si ha il tempo di fare la diagnosi e di pensare all' intervento appropriato. La forma subacuta è già meno terribile, i sintomi sono molto meno intensi ed hanno un succedersi meno disordinato. Le cose si svolgono per dieci o quindici giorni progressivamente con o senza periodi di remissione: generalmente la coprostasi è una causa frequente di questa varietà d'occlusione.

La forma cronica si manifesta (come sarebbe nel caso più sopra riportato nella donna operata nella Clinica di Parma) molto tempo dopo l' operazione con dei disturbi a carico dell'apparato digerente: questi disturbi sono intermittenti ed accompagnati a delle crisi più o meno serie che cedono talora davanti ai ri-

medii pellativi ma che possono obbligare in certi casi ad una operazione chirurgica secondaria.

Il prognostico dell'occlusione intestinale post-operatoria è quello dell'occlusione ordinaria aggravato dal fatto che il malato è indebolito già da una operazione anteriore.

L' intervento secondario deve essere precoce per evitare la gangrena e la perforazione dell' intestino.

La fine è spesso la morte, benchè oggigiorno si siano fatti progressi sulla cura di queste occlusioni.

Inoltre si sono visti spesso guarire degli ammalati operati in extremis, mentre altri che avevano un buon aspetto non hanno resistito alla seconda operazione.

In quanto alla cura si debbono raccomandare dapprima le precauzioni preventive che consistono specialmente nell'evitare il prolungato contatto dell'aria in ogni operazione addominale, nell' escisione delle aderenze possibilmente col termocauterio, nel guardarsi dalle sostanze antisettiche forti che favoriscono l'essudato infiammatorio, nell'asciugare il peritoneo e per evitare un versamento ulteriore si farà l'emostasi più perfetta possibile.

Il trattamento medico non è efficace che nelle occlusioni false o dinamiche ma non bisogna contare su di esso nelle occlusioni meccaniche.

Considerando in ultimo la cura chirurgica, si può affermare che l'enterostomia è facile ad eseguirsi e porta rimedio ai fatti più pressanti; è per contrario insufficiente in caso di briglie o di aderenze o di volvolo ed il suo risultato non deve mai essere definitivo. La laparotomia è invece una operazione precisa e metodica, radicale e completa, che permette di scoprire l'ostacolo e di toglierlo. In quanto alla scelta, bisogna diportarsi secondo le circostanze riservando di preferenza la laparotomia per i casi recenti e acuti, l'ano contro natura per quelli antichi e cronici.

DOTT. GIULIANO BOTTESINI.

RENDICONTI DI ACCADEMIE E SOCIETÀ

Italia.

SOCIETÀ MEDICO-CHIRURGICA DI BOLOGNA.

Seduta del 25 gennaio 1900. — CODIVILLA porta un *contributo alla cura delle paralisi spastiche.* Dà importanza alla terapia fisica aiutata da interventi operativi varî. Così ha operati con buon esiti 7 malati su 12 che in dieci mesi si presentarono all'Istituto Rizzoli. Negli altri cinque ha tentati i trapianti tendinei. Crede all'utilità ed ai buoni risultati, oltrechè coll'ammettere con Eulemburg un'influenza sui centri nervosi esercitata dalle modificazioni degli impulsi centripeti in seguito al trapianto fatto col beneficio arrecato dall'atto operativo per mezzo dall'allontanamento di una posizione viziata che era di grande ostacolo ad un buon funzionamento dell'arto e con ciò all'educazione dei centri nervosi, e coll'avere per mezzo dell'incisione del tendine d'Achille tolta una sorgente di forte stimolazione dell'eccitabilità riflessa. Cita le storie dei malati nei quali ottenne dei resultati buonissimi. GHILLINI crede che il trapianto dei tendini utile nelle paralisi

infantili sia inutile nelle spastiche. Dove solo ci è retrazione si deve intervenire con atti operativi ed allora l'unico atto operativo è la recisione dei tendini e dei muscoli retratti. GHILLINI afferma che nei suoi casi non vi era retrazione, e che i pazienti riacquistarono col trapianto dei tendini la normale motilità nei loro arti. Osserva che la tenotomia si usava un tempo: ora invece si è sostituito il trapianto dei tendini, operazione più razionale e che dà migliori resultati. VITALI osserva l'importanza dei resultati ottenuti e NOVI fa notare che il trapianto tendineo nelle paralisi spatiche è logico anche dal punto di vista fisiologico.

MICHELI porta un *contributo alla chirurgia alimentare* parlando di un caso di enterostomia per ernia gangrenata, ed applicazione del bottone di Murphy.

MICHELI parla di un *gozzo aberrante* grosso come un pugno, fluttuante in parte e parte solido. Fu asportato e si trovò essere costituito da tessuto tiroideo degenerato (colloideo). A dimanda D'AIUTOLO dice di non aver trovato un picciuolo fra tumore e tiroide, ma che forse fu rotto durante l'atto operativo. Esisteva però un manifesto rapporto vasale. D'AIUTOLO dice che perchè uno struma si possa dire aberrante bisogna che in qualche modo sia unito alla glandola madre. MICHELI poi aggiunge che il tumore era per metà coperto dai muscoli sternoioidei e tiroioidei atrofizzati, ed aveva rapporti col fascio nerveo-vascolare. Il laringeo inferiore abbracciava il tumore essendo aderente alla faccia inferiore e posteriore del tumore ed era molto stirato.

SOCIETÀ MEDICO-CHIRURGICA DI PARMA.

Adunanza 2 marzo. — Dott. CORDERO. *Un caso di plastica muscolare.* Vagliani Eufrosina, d'anni 42 di Canneto. Nove anni fa ammalò di osteomielite cronica, molto probabilmente tubercolare, dell'osso iliaco destro. Dopo quattro anni, in seguito a sbrigliamenti ed a drenaggi multipli praticati dal prof. Omboni, la malattia volse a guarigione. Di questi sbrigliamenti si osservano ancora le cicatrici. Attraverso una di queste cicatrici situata in corrispondenza della parte esterna dell'arcata crurale destra si fece strada un'ernia che andò man mano crescendo fino a raggiungere la grossezza di una testa di feto. Con opportune manovre si riesce a ridurla ma non completamente. Colla palpazione si rileva che la porta erniaria è una fenditura obliqua dall'alto al basso, dall'esterno all'interno, larga cinque centimetri, alta 2, situata in corrispondenza della parte esterna della piega inguinale destra.

L'operazione viene praticata sotto narcosi cloroformica coll'assistenza dei dottori Chiodera ed Agnetti. Ridotto l'intestino, isolato ed esciso il sacco, rimaneva la parte più delicata dell'operazione, cioè la chiusura della porta erniaria.

A questo scopo venne dissecato un ampio lembo dell'aponeurosi dello psoas-iliaco e del muscolo sottostante, ribattuto in alto e suturato al margine superiore e laterale della porta erniaria. La breccia rimasta nel m. psoas-iliaco venne ristretta con punti trasversi. Si ebbe guarigione perfetta in 15 giorni. L'ammalata rivista recentemente, otto mesi circa dopo l'operazione, presenta la parete addominale solida e resistente in corri-

spondenza della plastica praticata, e non si ha nessun accenno alla recidiva.

L'O. ha creduto utile far conoscere questo suo caso perchè mentre sono comuni le plastiche cutanee e tendinee, le plastiche muscolari sono rare e la loro efficacia molto discussa.

In questo caso l'esito è stato buono, ed il risultato concorderebbe con quello ottenuto sperimentalmente dal Rydygier.

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta del 31 *Dicembre* 1899. — Alessandri parla sulle *conseguenze dell'occlusione dell'arteria renale nell'uomo.* Ricorda i resultati da lui ottenuti nella legatura sia della vena che dell'arteria emulgenti, dai quali risulta che i gravi disturbi determinati nel rene in primo tempo vanno man mano compensandosi sino ad aversi o in totalità od in parte un organo ben conservato ed ancora funzionante. Per l'arteria gli esperimenti gli riuscivano positivi pel cane, negativi pel gatto; tantochè nelle conclusioni del lavoro sperimentale egli avvertì di essere prudenti nel riportarle alla patologia ed alla chirurgia umana. Riferisce su di un caso di occlusione trombotica dell'arteria renale dell'uomo, capitato al tavolo anatomico, in cui quantunque si trattasse di un cardiaco morto in condizioni di esaurimento progressivo e l'autopsia fosse fatta 37 ore dopo la morte, l'esame grossolano ed il reperto microscopico confermano esattamente i risultati sperimentali. Si crede perciò autorizzato a riportare all'uomo le conclusioni da lui tratte dagli esperimenti sull'animale e fa rilevare la grande importanza di ciò per la fisiopatologia e la chirurgia del rene.

Reale Accademia di Medicina di Torino.

Seduta del 26 *gennaio* 1900. — Foà riferisce su di un caso rarissimo di *aneurisma multiplo di alcuni rami dell'arteria cerebrale media* che si fece strada nello spessore del lobo parietale di un uomo di 29 anni, che non fu mai, per quanto riferisce il medico e l'esame obiettivo, contagiato da sifilide, ma andava solo soggetto ad epistassi ed attundimenti del capo.

Bonuzzi e Vanzetti riferiscono su di un caso di *pancreatite acuta degenerativa a tipo emorragico* insorta improvvisamente in un individuo di 56 anni dopo alcuni giorni che aveva sopportata un'operazione radicale di ernia con esito di guarigione. L'infermo presentò acuto dolore e senso di maggiore resistenza alla regione pilorica, vomito assai insistente, con forte dilatazione dello stomaco, grave abbattimento generale. All'esame istologico si riscontrò un'imponente degenerazione grassa disseminata dal pancreas, ma scarsa emorragia peripancreatica, per rottura o trombosi di un ramo della pancreatica duodenale, una placca di endoarterite nel punto di rottura di questa. Le culture del pancreas diedero esito negativo. Considerando il rapido svolgimento del quadro clinico e le alterazioni anatomopatologiche, ritengono che tale forma morbosa sia legata ad una causa infettiva o tossica e che abbia agito sopra un terreno favorevole per la endoarterite in atto, determinandovi così la forma emorragica.

Austria.

SOCIETÀ IMPERIALE E REALE DI MEDICINA DI VIENNA.

Seduta del 27 *gennaio* 1900. — SCHAUTA parla sulla *laparotomia e colpotomia vaginale* ed espone le ragioni, per le quali il chirurgo deve preferire la laparotomia alla colpotomia o viceversa. Crede che con la laparomia si debbano operare le cisti ovariche voluminose mobili; le aderenze e la torsione del peduncolo costituiscono una controindicazione a questo intervento; e lo stesso quando il liquido contenuto è spesso o degenerato. Per i piccoli tumori, perchè frequentemente multipli è possibile la laparotomia. Se si usa la via vaginale conviene prescegliere la colpotomia anteriore perchè i tumori hanno per lo più la loro sede in avanti. Conviene asportare l'utero se il tumore è bilaterale. Gli interventi sugli annessi da un solo lato per lo più falliscono perchè per lo più è malato anche l'altro lato. Le affezioni blenorragiche devono essere trattate con medicamenti, oppure fare un'operazione radicale. Nella gravidanza extra-uterina è indicata la sola laparotomia; ed è solo nei primi mesi che si potrebbe eseguire la colpotomia; ma conviene ricordarsi che se vi è ematocele è facile provocare una nuova emorragia. L'enucleazione dei miomi della vagina con conservazione dell'utero non può essere eseguita che se il tumore è piccolo. Per il cancro dell'utero e per gli altri tumori si può usare la via vaginale. L'operazione di Porro si userà dalla via vaginale solo se vi è rottura od atonia dello utero. La castrazione dev'essere sempre eseguita dalla via vaginale.

Seduta del 15 *febbraio*. — HERZFELD parla sulla *enteroptosi*, che secondo lui si riscontra nel 10 °/₀ delle donne; e che crede dovuta a diminuzione della pressione intra-addominale. La gravidanza vi ha grande parte. La cura deve consistere nel ristabilire la pressione addominale. La fasciasciatura ed apparecchi consigliati contro quest' affezione sono destinati a supplire all'insufficienza delle pareti addominali.

Sono utili il massaggio, la ginnastica, l' elettricità, ecc. Nelle donne incinte bisogna raccomandare l' uso di una cintura negli ultimi sei mesi di gravidanza. TANDLER crede raro il rilasciamento del pavimento pelvico e d'altra parte gli attribuisce una parte più importante.

RÜDINGER presenta un caso di *rottura sottocutanea dei tendini dell'estensore delle dita* in un uomo in corrispondenza di una antica cisti sinoviale.

PALTNUF presenta un pezzo anatomico di *inclusione fetale*. Fu difficile determinare se la posizione di questo rudimento di feto era intratoracica od intra-addominale.

CLUB MEDICO DI VIENNA.

Seduta del 31 *gennaio* 1900. — KIENBÖCK parla sulla *localizzazione di proiettili coi raggi di Röntgen* a proposito di un uomo che sette anni prima a scopo di suicidio si era tirati varî colpi di revolver. Avendo debolezza di memoria e dei muscoli del corpo a sinistra si cercò e si vide che nessuno dei proiettili erano nel cranio e quindi i fenomeni nervosi dovevano attribuirsi ad alterazioni nei loro dintorni.

Belgio.

Società Belga di Chirurgia.

Seduta del 20 *gennaio* 1900. — Depage e Verhoogen leggono il Rendiconto dei lavori della Società durante l'anno 1899-900.

Mills parla su di un caso di *resezione semi-articolare per anchilosi rettilinea del gomito consecutiva ad un trauma.* La diagnosi fatta fu di frattura dell'estremo inferiore omerale, che aveva dato luogo come conseguenza ad un callo vizioso che aveva prese le proporzioni di un'esostosi, e che, sviluppandosi, aveva prodotta la lussazione del gomito in dietro e l'anchilosi rettilinea dell' articolazione. In un caso simile Koenig non aveva potuto ridurre la lussazione, e quindi aveva eseguita la resezione, e così egli fece ottenendo ottimi resultati, come si potè constatare anche con radiografie.

Gallet fa una comunicazione sull' *ureterorafia*, esponendo il materiale operatorio ed i risultati remoti, e ricorda la storia di un caso.

Hannecart ha un caso di *dilatazione enorme della vescica, provocata da un utero gravido in retroversione ed incuneato nel bacino.* La riduzione venne eseguita durante la narcosi, e mantenuta con un pessario di Hodge mantenuto per un mese in sito.

Hannecart presenta il pezzo anatomico di un *ematocele intraperitoneale per rottura di una sacca ematica dell' ovaio, coincidente con la presenza di un fibroma uterino.* Venne fatta l'asportazione ed ottenuta la guarigione.

Walvarens parla sulla *resezione dell'anca* vantando il processo di Giordano stato descritto nella Clinica Chirurgica del settembre 1898, col quale egli fa un largo lembo a tabacchiera. Concorda di operare sollecitamente, e dai quattro casi da lui operati ritiene che la durata della cura è abbreviata, in quanto si mettono più facilmente allo scoperto le parti ammalate e di asportare tutto ciò vi è di malato o di sospetto, lasciando il resto al suo posto.

Francia.

Società di Chirurgia di Lione.

Seduta del 19 *gennaio* 1900. — Gayet fa una comunicazione sui *corpi estranei ferruginosi dell'occhio.* Ha potuto mercè un magnete di Haab, che pesa 60 chili e che ne può sopportare sino a 40 estrarre dei corpi ferruginosi voluminosi, purchè non vi sieno guasti considerevoli dell'occhio.

Accademia di Medicina di Parigi.

Seduta del 13 *febbraio.* — Marey a nome di Contremoulins presenta una serie di *radiografie* di una frattura di gamba. Dice che per dare alle prove radiografiche tutto il valore che sono suscettibili di avere, converrebbe che i radiografi adottassero una tecnica identica: distanza determinata dall'ampolla, due immagini perpendicolari, tecnica strumentale analoga, ecc. Lucas-Championnière ricorda la sua comunicazione alla Società di Chirurgia e dice che per un medesimo callo si può ottenere un aspetto differente se-

condo le condizioni nelle quali si opera. Berger afferma che ciò è esatto anche per le lussazioni. Le prove secondo gli assi perpendicolari si impongono se si vogliono domandare alla radiografia dei ragguagli seri. Insomma costituisce un aiuto utilissimo, ma l'interpretazione vi ha pure una grande parte. Richer ricorda che l'apparecchio di Londe soddisfa in parte ai desiderati segnalati realizzando la perpendicolarità esatta tra il raggio e la placca fotografica.

Società di Chirurgia di Parigi.

Seduta del 7 febbraio 1900. — Nimier parla sulle *complicanze remote dell'appendicite*, le quali talora si presentano di difficile diagnosi. Cita due casi, e cioè uno di epiploite acuta, ed un altro di epiploite cronica. Bazy ricorda che sin dal 1895 e 1896 ha ricordato come talune infiammazioni possono fare credere a degli accessi d'appendicite, e quindi doveva ammettersi l'esistenza di periappendiciti. Accenna alle infiammazioni ganglionari e cita un caso nel quale aveva per errore ammesso una appendicite. Nel caso di una giovanetta nello spazio di tre mesi furono aperti tre ascessi e malgrado questo si formò una raccolta nel fianco destro e nella regione lombare che si aprì spontaneamente; poi dovè aprire un'altra raccolta, ed allora potè ricercare l'appendice dietro il ceco. Albarran due volte ha trovate di tali complicanze, e ciò che è strano una volta in una famiglia ove quattro figli doverono essere operati per appendicite.

Tuffier a nome di Jeanne di Rouen presenta un'osservazione di *appendicite con peritonite e fenomeni di occlusione intestinale,* nella quale la diagnosi fu molto difficile. Sola presunzione la dà la persistenza della contrazione delle anse intestinali.

Lagrange parla di un caso di *cisti dermoide dell'orbita*, delle quali ne ho osservati due casi. Nota come per le manovre di dissezione furono tagliati i nervi ciliari e da ciò fenomeni nevro-paralitici dell'iride e più tardi disturbi nevritici da parte della pupilla. Bisogna non spingere la dissezione sino al nervo ottico.

Berger a nome di Charrier riferisce su di un caso di *retrazione cicatriziale del gomito riparato con la plastica all'italiana,* facendone rilevare i vantaggi anche con osservazioni proprie.

Routier parla della *cura chirurgica delle cisti idatiche del fegato* dicendo che non ha usato il processo di Delbet, ma che dal 1891 ha curato quattordici casi con l'incisione, vuotamento, lavaggio e drenaggio della sacca.

Chaput presenta un operato di *cura radicale di ernia.*

Seduta del 14 febbraio 1900. — Routier parla ancora sulle *para-appendiciti,* e dice di avere veduto un caso di ascesso della milza consecutivo ad appendicite, e crede non sia da meravigliarsi che una malattia infettiva dia delle suppurazioni a distanza.

Egli ha veduti dei casi, nei quali le lesioni dell'appendice, pur rimanendo insignificanti, non sono state meno manifestamente il punto di partenza di accidenti più o meno gravi prodottisi in vicinanza. Crede dunque che si insista troppo in questo momento su taluni casi speciali, e gli pare poco razionale dissociare così la quistione dell'appendicite, che si è avuta

tanta difficoltà a rischiarare. QUENU dice che l'esistenza dei fatti da lui accennati è indiscutibile e merita soffermarvisi. A fianco dell'appendicite ci sono certamente delle lesioni parappendicolari che si svolgono indipendentemente da qualunque lesione dell'appendice, come si è autorizzati a dire quando, con l'esame istologico, non si è potuto scoprire alcuna lesione della mucosa, nè la menoma lesione dei follicoli chiusi. Insistendo su queste parappendiciti ha voluto mostrare che vi sono delle lesioni, le quali, senza interessare l'appendice, presentano una fisonomia clinica molto analoga all'appendicite, e d'altra parte reclamano l'intervento alla pari di questa. BAZY è della medesima opinione di Quenu. In due casi recenti ha dovuto suturare sul ceco una perforazione che si aggiungeva alla lesione dell'appendice. REYNIER in un caso trovò appendice sana ed una massa ganglionare caseificata. In un altro caso il punto di partenza degli accidenti era una ureterite. DELBERT in un caso vide il punto di partenza dell'affezione in una perforazione del ceco a 3 centimetri al di sopra dell'imbocco dell'appendice nel ceco. Tutte queste non sono delle parappendiciti, ma errori di diagnosi.

LYOT comunica un'osservazione di *invaginazione intestinale* operata in un fanciullo di 10 mesi, 4 ore dopo il principio dell'affezione.

GUINARD presenta un caso di *actinomicosi del mascellare inferiore* in una giovinetta che da 5 mesi era curata per accidenti attribuiti allo sviluppo di un dente. Era una fabbricante di spazzolini da denti abituata a tenere sempre in bocca un fascetto di setolini di porco più o meno imbiancati.

SCHWARTZ ha un caso di *cerchiaggio tardivo della rotula* con guarigione perfetta.

DOYER dice che in un caso di *linfangioma diffuso della regione lombare e degli inguini* l'estirpazione fu facile essendo cadute le incisioni sui tessuti sani.

JALAGUIER presenta un caso di *appendicite cronica,* e BRUN ricorda di averne descritte. WALTHER distingue quelle da follicolite senza aderenze e quelle con aderenze; nelle prime basta la sola estirpazione dell'appendice, e nel secondo conviene anche distruggere le aderenze e resecare tutto l'epiploon malato.

JALAGUIER pensa che anche in questa può bastare la sola appendicectomia.

TUFFIER presenta un caso di *idronefrosi da cisti idatica del rene.* Fece la nefrectomia. Le sacche erano due; in una vi erano delle idatidi, e nell'altra orina.

Seduta del 21 *febbraio.* — RICHELOT a nome di PAUCHET riferisce su di un caso di *gravidanza extra-uterina* in una donna di 30 anni, ed alla quale al tredicesimo mese di gravidanza fece la laparotomia. Non potè resecare che una parte della sacca, e marsupializzò il rimanente, senza toccare ia placenta che era molto aderente. MONOD osserva che la placenta si va riassorbendo, e REYNIER ne cita un caso. CHAMPIONNIÈRE pensa che si avrebbe torto a toccare la placenta. POTHÈRAT cita un caso nel quale la placenta si era riassorbita; era stata tentata l'estirpazione, ma un'emorragia abbondante sopraggiunse e convenne tamponare. GUINARD è d' opinione che si

debba lasciare atrofizzare la placenta. HARTMANN pensa che se ci è un peduncolo si può fare una legatura, altrimenti conviene lasciare la placenta.

LE DENTU crede che la placenta debba essere estirpata il meno possibile.

RICHELOT a nome di PAUCHET narra di un caso di *occlusione intestinale* in una giovinetta di 15 anni. Alla laparotomia si trovarono aderenze che agglutinavano le anse intestinali conseguenza di un' antica appendicite. Un'ansa era stata denudata per l'estensione di otto centimetri. Non potendo resecare fece l'invaginamento ed ottenne la guarigione.

RICHELOT a nome di PAUCHET presenta una comunicazione di *cisti dell'ovaio aderente* che fu difficilissimo asportare. Ne conseguì una fistola intestino-vaginale, ma poi ottenne la guarigione.

JALAGUIER a proposito delle *para-appendiciti* dice che dando una estensione quale vuole Quenu alla classificazione si creeranno confusioni. LE DENTU cita il caso di una donna di 23 anni, nella quale trovò del pus, ma non potè determinare il punto di partenza di queste lesioni peritonitiche: forse piccole perforazioni intestinali, alle quali era rimasta estranea l'appendice che era sana.

SCHWARTZ riferisce su di un'osservazione di IMBERT di *peritonite traumatica incistata consecutiva ad una rottura parziale della vescichetta biliare*, per la quale fu fatta la laparotomia quindici giorni dopo l'accidente. La sacca fu suturata alla pareti addominali. Morte dopo 24 ore: alla necroscopia venne trovato che nella sacca faceva capo la cistifellea, la cui rottura era cicatrizzata, ma era stata il punto di partenza di accidenti ulteriori. In qaesto caso mancavano oltre i sintomi ordinarî di una raccolta liquida, l'itterizia con colorazione temporaria delle orine e lo scoloramento delle materie fecali.

MONOD parla sulla *cura chirurgica delle cisti idatiche del fegato* e cita un caso operato nel 1895 con la marsupializzazione. Guarigione dopo sei mesi. Ma dopo quattro anni recidiva e di nuovo marsupializzazione. SCHWARTZ ricorda due casi, nei quali fece l'asportazione della membrana germinativa. Dice che l'applicazione di questo processo può trovare alcune difficoltà di esecuzione quando ci si trova in presenza di cisti che dànno dei prolungamenti. Bisogna procurare di non lasciare frammenti di membrane.

HENNEQUIN parla sugli errori della *radiografia* applicata alla diagnosi delle fratture.

Germania.

SOCIETÀ DI MEDICINA DI BERLINO.

Seduta del 31 *gennaio* 1900. — FRENDENBER parla sull' *operazione di Bottini* mostrando due pezzi anatomici, che attestano l'efficacia dell' operazione, cioè l'incisione galvano-caustica della prostata ipertrofica. L'operazione è stata praticata in uno dei due malati da nove mesi e mezzo, e nel secondo da tredici mesi. L' uno e l' altro sono morti per malattie intercorrenti.

KÖNIG fa una comunicazione sulla *cura chirurgica della tubercolosi renale*. Divide queste affezioni in due gruppi, a seconda che interessano il parenchima glandolare oppure il bacinetto. La semplice resezione è impo-

tente a combattere queste affezioni con efficacia; bisogna assolutamente ricorrere all'estirpazione di quest'organo. Però prima di tentare simile operazione si deve essere bene sicuri che l'altro rene non è la sede di alcuna lesione; ora malgrado la cistoscopia ed il cateterismo degli ureteri, non è sempre possibile di rispondere con certezza a questo. Ma la coesistenza, con un'affezione tubercolare di uno dei reni, di una tubercolosi prostatica, della vescica, dei testicoli, ecc. non costituisce una controindicazione all'estirpazione del rene. Operati 12 donne e 6 uomini, 3 sono morti dopo qualche settimana per generalizzazione della tubercolosi; 12 sono guariti ed in taluni di loro la guarigione si mantiene da più anni. LITTEN ha estirpato con successo un rene tubercoloso sebbene l'altro fosse colpito da pielonefrite. LANDAU crede che dei veri tubercolosi possono essere curati con la resezione. Ha veduto una donna con reni e polmoni tubercolosi ed un'altra cui fu estirpato un rene policistico sebbene si ritenga questa affezione bilaterale. MAX WOLFF crede che la resezione basti quando ci si trova dinanzi a focolai tubercolosi circoscritti. Ne ha rilevati 9 esempi nella letteratura con 6 guarigioni. CASPER pensa che in molti soggetti con tubercolosi renale conviene astenersi da qualunque operazione, perchè si può sopravvivere malgrado tale affezione.

COHNHEIM consiglia nello *spasmo del piloro* l'olio di oliva alla dose di 150 grammi al giorno.

Seduta del 7 e 14 *febbraio.* — VIRCHOW presenta dei pezzi di *carcinoma cistico metastatico delle ossa* trovato in un cadavere per cancro dello stomaco.

PICK presenta dei pezzi anatomici di *cisti ad epitelio vibratile dell'utero e dei suoi annessi*. Crede si tratti di cisti autoctone dovute ad una invaginazione dell'epitelio come le ha descritte Virchow. LANDAU è della medesima opinione.

HANSEMANN in un cadavere di donna che aveva avuta setticemia puerperale trovò un *corpo straniero nel pericardio,* e cioè un frammento di canna lungo sei centimetri, che era fissata per una delle sue estremità nel pericardio e l'altra estremità era rivolta verso l'aorta. Crede che provenisse dall'esofago per migrazioni.

Inghilterra.

REALE SOCIETÀ MEDICA E CHIRURGICA DI LONDRA.

Seduta del 23 *gennaio* 1900. — LOCKWOOD parla della *clinica e patologia dell'appendicite* appoggiandosi sullo studio di 53 casi di appendicite che ha potuti operare ed afferma che è impossibile formulare un prognostico sulla sola sintomatologia per la ragione che quella non si trova spesso in rapporto con le lesioni esistenti. Constata però la grande tendenza naturale dell'appendicite alla guarigione, ma osserva che nuovi attacchi di appendicite provano che questa non è assoluta. L'appendicite passa per le seguenti fasi: distruzione dell'epitelio, ulcerazione della mucosa, invasione della mucosa e della sottomucosa per i batteri, estensione dell'infiammazione al peritoneo attraverso le fenditure delle fibre musco-

lari. Talora il processo si complica con la formazione di restringimento o con la obliterazione di tutta la cavità. BARKER osserva che la propagazione dei batterî lungo i linfatici spiega i casi, nei quali si trova un ascesso sotto-diafragmatico o della cellulite estesa senza lesioni apparenti della appendice.

SOCIETÀ CLINICA DI LONDRA.

Seduta del 23 *gennaio* 1900. — BALLANCE parla sulla *trapanazione della mastoide per la cura dell'otorrea cronica purulenta.* Con questo processo si ha la guarigione immediata della cavità. Si ottiene ciò mercè l'esatta conoscenza dell'anatomia e della patologia, e per i progressi ottenuti dalla chirurgia. Ormai il chirurgo conosce quali sono i casi capaci di dare mortalità. L'apertura dell'antro non è sufficente nell'otorrea cronica, e del pari non è applicabile quando vi è lesione della membrana del timpano per fatti acuti. In tali casi conviene prima combattere la malattia e poi fare guarire la ferita con innesti epiteliali nella cavità ossea.

DALBY insiste sui casi di operazione necessaria e Cumberbatch osserva che ci vuole del tempo per stabilire la convenienza di aprire l'antro mastoideo ed abbattere il timpano per un processo cronico suppurato.

Seduta del 9 *febbraio* 1900. — PERKINS e WALLACE comunicano l'osservazione di un uomo di 52 anni con *ulcera perforante del duodeno* accertata anche con la laparotomia. Furono fatti due piani di sutura ed ottenne la guarigione. BARKER in tali casi critica il lavaggio addominale. PEYNTON cita varie osservazioni di esami fatti al tavolo anatomico.

Seduta del 13 *febbraio* 1900. — LUCAS a proposito dell'*otorrea purulenta cronica* dice che il difetto dell'operazione con gli innesti cutanei consiste nel dovere riaprire forse con una terza operazione per togliere il foglio d'oro. Crede che sarebbe desiderabile compiere l'operazione in un solo tempo. MILLIAMS crede che se vi sono sintomi intracranici o deterioramento dell'organismo bisogna intervenire. BARKER per l'innesto lubrifica la lama del bistoury e trasporta l'innesto su di una soffice spugna per mezzo della quale lo applica alla cavità. È necessario poi ricoprire con una foglia d'oro l'innesto, ed al disopra uno strato di garza che viene tolto ogni 5 o 6 giorni. WALKER pensa che la maggiore difficoltà è nella cura post-operatoria. DANDAS GREAT è d'avviso che la toilette della cavità abbia una grande importanza. BALLANCE dice che pei bambini l'innesto va preso dall'adulto. L'uso della foglia d'oro potrebbe non essere necessario, ma egli non ha tentata questa via. DALBY constata i grandi vantaggi dell'operazione, sebbene il metodo non sia facile dovendo avere sicura conoscenza dei rapporti anatomici della regione.

RIVISTA DEI GIORNALI DI CHIRURGIA

Il Policlinico, n. 2 gennaio 1900.

Prof. Erasmo de Paoli. — *Contributo alla studio clinico delle deviazioni e contratture della colonna vertebrale di origine neurotica.* La deviazione e la fissità della colonna vertebrale può essere dovuta ad una contrattura isterica dei muscoli di un lato della colonna. Tale contrattura insorge lentamente od in modo brusco in soggetti predisposti; generalmente dopo un lieve trauma. La deviazione, se recente, scompare affatto colla sospensione; se antica si attenua senza scomparire completamente. La contrattura è spesso associata a sensazioni dolorose che hanno la loro sede principale nella spina, ma s'irradiano anche a distanza, lungo le vie nervose che non sono direttamente in rapporto colle vertebre deviate.

Le irradiazioni dolorose sono molto diffuse e risiedono spesso nei nervi intercostali, nello sciatico, nelle ovaia. I dolori sopravvengono o si aggravano ad accessi. Questa malattia si manifesta colla maggiore frequenza nella donna; ed è una delle manifestazioni precoci della neurosi.

Come nelle altre manifestazioni neurotiche, anche qui i sintomi subiettivi predominano sugli oggettivi. Le manifestazioni dolorose insorgono ad accessi e sono veramente straordinarie; le inferme si agitano, si sbattono e sembrano compiacersi che le loro sofferenze eccitino l'attenzione; sogliono però riposare la notte. Anche qui esiste un'evidente mancanza di rapporto fra la lunga durata e l'intensità delle sofferenze da un lato e la poca gravità delle lesioni materiali, ed il mantenersi delle buone condizioni generali dall'altro.

La sede dei dolori alla pressione sulle apofisi spinose vertebrali e quella delle irradiazioni dolorose non corrispondono sempre ed interamente a quella della sede, della deformità della spina, nè a quella dei nervi che di là prendono origine. Le cure antiflogistiche, l'immobilità, i bendaggi aggravano per lo più le sofferenze mentre i ricostituenti, gli antispasmodici, ed in ispecie l'esercizio ed un'opportuna cura suggestiva riescono di singolare efficacia.

Accanto alle forme transitorie se ne hanno altre più ostinate e permanenti. In queste ultime, quando cioè la deviazione della colonna dura da lungo tempo, si modificano non solo le parti molli articolari e peri-articolari, ma la stessa forma e resistenza dei capi ossei, per modo che la deviazione si fa poi permanente ed irrimediabile.

Dott. L. Rizzo. — *Sulle conseguenze del versamento di urina nel peritoneo* L'A. dopo numerose esperienze conclude che:

1.° Le piccole quantità di urina nel peritoneo anche se versate in modo continuo hanno nessuna azione nè locale nè generale.

2.° Le alte dosi, che raggiungono $^1/_{14}$ ed $^1/_{13}$ del peso dell' animale, neppure hanno azione locale sul peritoneo, ma producono uno stato uremico grave dell'animale. Se la dose è ancora più alta si determina la morte dell'animale per uremia.

3.° La presenza di urine nel peritoneo rende questa sierosa straordinariamente vulnerabile alle infezioni.

4.° La peritonite organizzante, che chiude le ferite del tratto intraperitoneale delle vie urinarie, non è dovuta all'azione della urina, ma al fatto che una superficie sanguinante è messa e mantenuta a contatto con la sierosa peritoneale.

Dott. ERIBERTO AIEVOLI. — *La genesi del lipoma.* Secondo l'A. il lipoma non deve restar compreso tra i neoplasmi, nel senso stretto del termine, ma deve rientrare tra le alterazioni trofiche; e queste alterazioni trofiche dipenderebbero dalla distribuzione e dalla alterata funzione del tessuto elastico che vien meno al suo compito di regolatore od equilibratore della circolazione linfatica, epperò anche della deposizione del grasso che ne è tanta parte. In quanto al fattore di questo squilibrio locale l'A. dà grande importanza alle INTOSSICAZIONI.

Prof. GUGLIELMO ROMITI. — *Di alcune particolarità fibrose e muscolari nella « fascia trasversalis » alcune delle quali notate ancora sul vivente.* È una descrizione minuta e chiarissima della « fascia trasversalis », importante pel chirurgo per la frequenza con cui si opera nella regione inguinale.

Dott. GIUSEPPE BELLEI. — *Ricerche batteriologiche nelle salpingi sane ed ammalate.* Le conclusioni di questo importante lavoro sono:

1.° Le salpingi sane non sono libere da germi.

2.° Il microrganismo che più comunemente causò la salpingite purulenta nei casi da me osservati fu lo streptococco piogeno bianco.

3.° Anche altri germi (gonococco, streptococco, b. coli, ecc.) dànno origine a processi suppurativi nelle salpingi.

4.° L'Associazione di microrganismi patogeni non fu mai da me riscontrata nella salpingite purulenta; solo raramente trovai un germe patogeno insieme ad uno o più saprofiti.

5.° Nelle salpingiti croniche che caddero sotto la mia osservazione non esisteva alcun microrganismo.

6.° I saprofiti che trovansi nelle salpingi o sono speciali di questi organi, oppure, quantunque riscontrinsi in altri luogi, hanno assunto caratteristiche loro proprie dipendenti dall'ambiente nel quale hanno vissuto.

Il Policlinico, (Sezione chirurgica) N. 4, 15 febbraio 1900.

O. SGAMBETI — *Lo sviluppo del cancro nelle glandole linfatiche.* Lavoro in corso di pubblicazione.

A. CODIVILLA — *Il trattamento chirurgico moderno della paralisi infantile spinale.* Fa l'A. precedere uno studio sulle alterazioni degenerative o funzionali apportate ai muscoli dalla paralisi infantile e conclude in seguito ad esso che il chirurgo oltre a togliere le ossa dalla posizione viziata o la loro alterazione di forma deve allontanare la causa prima di esse cioè lo squilibrio delle forze che regolano il movimento, scopo che si raggiunge coi trapianti tendinei. Studia poi le varie questioni anatomiche e meccaniche che si presentano a chi si propone questo atto operativo, e i varì metodi da seguire nel praticarli, citando molte esperienze personali (40 trapianti e plastiche tendinee eseguite all'Istituto ortopedico Rizzoli di Bologna). Dice che più specialmente queste operazioni sono state sino ad ora eseguite sull'arto inferiore e considerando poi in modo speciale questo metodo di cura applicato al piede paralitico analizza accuratamente il modo di funzione dei singoli muscoli ed i movimenti coordinati di più articola-

zioni sotto l'azione contemporanea di più muscoli. Dividendo da ultimo le alterazioni in 4 classi: *Piede equino; equino-varo; valgo e talo* l'A. stabilisce col mezzo di formule quali siano i trapianti, gli accorciamenti ed allungamenti da preferirsi a seconda delle varie alterazioni e queste formole rappresentano quanto l'A. ed altri hanno fatto in quei dati casi.

Achivio di Ortopedia, n. 5 e 1899.

VANGHETTI — *Plastica dei monconi a scopo di protesi cinematica* (Lavoro in corso di pubblicazione).

BOSSI PIETRO — *Nuovi sistemi di ginnastica medico-meccanica* (Lavoro in corso di pubblicazione).

SALAGHI MARIANO — *Malformazioni della rachide e contenuto e loro cura* (Lavoro in corso di pubblicazione).

Annals of surgery, n. 2 febbraio 1900.

ROYAL WITMANN. — *Ulteriori osservazioni sulla depressione del collo del femore nei primi anni di vita, inclusive fratture del collo del femore, separazione della epifisi e coxa vara semplice.* L'A. ha studiato dal 90 in poi 18 casi delle sopradette alterazioni per mezzo dei raggi Röntgen. Riporta la descrizione dei principali di essi, illustrati da radiografie; si ferma specialmente sui 6 casi di coxa vara semplice e traumatica parlando dei risultati operativi ottenuti.

CH. LESTER LEONARD. — *La tecnica della diagnosi positiva e negativa dei calcoli uretrali e renali coll'aiuto dei raggi di Röntgen.* L'A. Rontgognefo alla Università di Filadelfia presenta 59 brevi storie cliniche in cui a mezzo dei raggi Röntgen fu fatta la diagnosi talvolta positiva, talvolta negativa.

I. F. ERDMANN. — *Occlusione intestinale dovuta ad intussuscezione.* Il 30 $^0/_0$ di tutti i casi di occlusione acuta intestinale è dovuto ad intussuscezione, di quelli di intussuscezione il 50 $^0/_0$ ha luogo in fanciulli sotto i 10 anni e di questi la metà nel primo anno di vita. L'A. accenna alle forme anatomiche di intussusezione (ileocecale, ileocolica, ileale od enterica) alle forme cliniche ultracute, acute, sub-acute e croniche, alle cause, ai sintomi importanti per la diagnosi, si estende specialmente sul trattamento riportando 9 casi per esteso, di questi 7 operati, uno ridotto, uno rifiutato: quattro decessi operativi.

S. FOWLER. — *Amputazione interscapulo-toracica* (continuazione). Cinque casi di amputazione interscapulo-toracica preceduti da resezione della scapola, due per carcinoma del petto, 26 casi in cui l'asportazione della scapola e clavicola seguì alla disarticolazione della spalla, mortalità del 12 per cento, conclude: 1.° che col processo radicale il sarcoma dell'omero offre migliore speranza di una cura definitiva; 2.° che l'operazione d'elezione pel sarcoma dell'omero è l'amputazione primaria interscapulo-toracica. Seguono tre casi dell'operazione per carie, due per tubercolosi, 25 per lesioni varie.

B. ROBINSON. — *Patologia del sistema linfatico del peritoneo.* Considerazioni d'ordine generale della parte che prende il sistema linfatico del peritoneo nelle malattie di questo.

R. W. GANET. — *Rotture traumatiche del dotto biliare.* Riporta un caso

interessante per la sua rarità in cui l'operazione fu seguità da ottimo successo.

RUHRÄH. — *Actinomicosi nell'uomo con speciale riguardo ai casi osservati in America.* Aggiunge ad un lavoro suo antecedente altri 7 casi illustrati da due fotografie.

Revue de Chirurgie, N.° 2, Febbraio 1900.

TERRIER e ANOVAY. — *Tumori delle vie biliari, vescichetta e canali biliari* (Lavoro in corso di pubblicazione).

ROSSANDER. — *Ancora alcune parole sulla cura dei cancroidi senza estirpazione.* Egli ha usate le iniezioni di una soluzione di idrato di potassio all'1 o all'1 $^1/_2$ per 100 in vicinanza dei tumori, avendo cura di fare passare il liquido al disotto di questi. Per lo più ha iniettato metà del contenuto di una siringa di Pravaz, ma in tre o quattro punti differenti per ciascuna seduta, che si ripete ogni tre giorni. Crede che le iniezioni agiscano in modo analogo alle cauterizzazioni, provocando un'irritazione del tessuto connettivo, un'infiammazione abbastanza forte da produrre la coagulazione del sangue e l'ostrazione dei vasi. Ciò basterebbe a diminuire la sua vitalità, e renderla incapace a produrre dei materiali necessari al neoplasma.

GANGOLPHE. — *Colestomia iliaca con la doppia legatura.* Son sedici operazioni eseguite con questo processo con buoni resultati. In un primo tempo porta al di fuori un'ansa iliaca e la strangola con una doppia legatura a catena; poi l'isola dalla cavità peritoneale, fissandola alla parete per mezzo di suture siero-sierose poste naturalmente al di sopra della legatura e che uniscono il peritoneo parietale e quello viscerale. In un secondo tempo, senza anestesia, dopo 48 ore, incide col termocauterio l'ansa sfacelata e le due legature.

GRATSCHOFF. — *Cura delle fratture di clavicola.* L'apparecchio che usa consiste di tre parti principali: 1.° una spallina attaccata con fascie alla spalla malata; 2.° un'asta solida di ferro, il cui estremo è attaccato alla spallina, nel punto corrispondente alla punta dell'acromion e l'altro ad una fascia che lo fissa sul petto, quasi 4 cent. al di sotto della mammella del lato sano. Il capo superiore può girare liberamente attorno alla cinghia che lo fissa alla spalla; 3.° una fasciatura formata da quattro fascie. Sono riunite ad angolo retto per i loro capi e legate all'estremità inferiore dell'asta di ferro, che dev'essere fissata al di sotto della mammella sana. Da questo punto le fascie partono in direzioni varie. La prima va direttamente in alto e passa sulla spalla sana. La seconda va in dentro e continua nella direzione orizzontale sotto il braccio malato per unirsi con un anello al dorso con la prima fascia. La quarta va in fuori sotto il braccio sano, poi traversa il dorso e contorna la coscia del lato malato. Si fissa su se stessa come quella precedente. Un'altra fascia si attacca alla spallina e sostiene il gomito. L'apparecchio è ultimato con una cinghia che immobilizza l'avambraccio.

LLOBET. — *Splenectomia totale in un caso di spostamento ed ipertrofia della milza con cancro primitivo del peduncolo.* Storia clinica.

GIANNETTASIO. — *Contributo allo studio della metatarsalgia (Malattia di Morton).* È un caso clinico nel quale si nota l'aumento considerevole della testa del secondo metatarso sinistro.

SAPIEJKO. — *Un nuovo processo di cura radicale delle ernie ombelicali voluminose con diastasi dei muscoli grandi retti.* Consiste nell'asportare tutto il cellulare sottocutaneo, e nel creare due lembi che si sovrappongono l'uno all'altro in modo che il peritoneo della parte esterna si accolla all'aponevrosi di quella che è interna. Conviene ravvivare leggermente la superficie del peritoneo raschiandola con la lama di un coltello.

Archives Provinciales de Chirurgie, N.° 2, Febbraio 1900.

DÈLAGENIERE. — *Della gravidanza come complicazione dei fibromi dell'utero.* Sono sei osservazioni. Opina che l'utero deve essere sacrificato in tutti i casi nei quali un intervento è necessario e che i fibromi non sono peduncolati o sessili.

PANTALONI. — *Colecintenterostomia.* È la continuazione di un capitolo tolto al suo libro sulla Chirurgia del fegato e delle vie biliari.

RODIET. — *Le Ambulanze della città di Parigi. I soccorsi pubblici ai feriti prima dell'esposizione del 1900.* È la fine di un'interessante rivista su questo argomento.

Annales des Maladies des Organes Gènito-Urinaires, N.° 2, Febbraio 1900.

ALBARRAN e HALLÈ. — *Ipertrofia e neoplasmi epiteliali della prostata* (Lavoro in corso di pubblicazione).

GASSMANN. — *Nota su di un caso di bacteriuria con alcuni ragguagli sulla diagnosi delle prostatiti.* È un caso importante, perchè vale a dimostrare come la bacteriuria vescicale può nascere da una vesciculite seminale.

SVAREZ. — *Degenerazione policistica della mucosa vescicale.* Rivista clinica

LEGRAIN. — *Sui vari tipi di distrofici degli organi genitali nell'uomo.* Rivista critica.

Annales de Gynecologie et d'Obstetrique, N.° 2, Febbraio 1900.

DELAGENIERE. — *Indicazioni operatorie nei casi di fibromi complicati da gravidanza.* 1.° Se il tumore è peduncolato sul fondo dell'utero, l'estirpazione, previa legatura del peduncolo, non presenta difficoltà ed è poco grave; 2.° se il tumore è sessile od ampiamente impiantato e quindi la tecnica è complicata e grave per la madre e feto è sempre da tentarsi la miomectomia addominale; 3.° se il tumore è incluso nel ligamento largo, la miomectomia non è da eseguirsi che se il fibroma è peduncolato sul fondo, e si tratta di gravidanze ai primi mesi. Dovendo attaccare l'utero conviene usare o l'isterectomia totale, o l'isterectomia sopra-vaginale.

JEANHRAN e MOITESSIER. — *Ciste paraovarica contenente 23 litri di liquido albuminoso.* Caso clinico.

LIRGEN. — *Nota sulla perivaginite flemmonosa dissecante.* Di questa rara affezione cita due casi; dice che gli sembrerebbe preferibile chiamare questo processo *colpite gangrenosa* o *necrotica* in quanto in quasi tutti i casi il collo uterino si necrosa nel tempo stesso della parete vaginale. Dimostra come esista un'ostruzione dei vasi, che nutriscono la porzione vaginale del collo uterino e le parti superiori della vagina.

HARTMANN. — *Idrosalpingite destra a peduncolo torto. Pelvi-peritonite adesiva. Appendicite. Estirpazione degli annessi destri e resezione dell'appendice Guarigione.* Storia clinica.

FEIS. — *Lavori recenti sulla terapeutica intra-uterina.* Rivista sintetica.

Centralblatt für Chirurgie, N.° 6-7-8.

Vulpius e Schulthess. — Polemica riguardante l'azione degli apparecchi ortopedici nella scoliosi, dichiarandosene il primo partigiano e l'altro avversario.

De Francisco. — *Sull' uso dei fili d' oro nelle operazioni di cura radicale delle ernie.* Propugna l'uso del filo d'oro, secondo le indicazioni del Prof. Tansini, per evitare le suppurazioni dei punti di sutura.

Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Band 54, Heft 3 4.

XV. Ingianni. — *Sulla rigenerazione dell' uretra maschile.* È un lavoro sperimentale eseguito nella Clinica di Genova sotto la direzione del compianto Prof. Azzio Caselli, le cui conclusioni sono le seguenti: 1.° Si può ottenere sperimentalmente la rigenerazione di porzioni più o meno grandi di uretra. 2.° Gli strati parietali che si rigenerano sono la mucosa ed il tessuto cavernoso: rigenerazione della muscolare non fu osservata. 3.° La rigenerazione parte dai monconi residuali dell'uretra, che proliferano e si modellano sul sostegno formato dal catetere. 4.° La rigenerazione del tessuto cavernoso comincia dalla proliferazione degli endotelî, che rivestono gli spazi cavernosi aperti nell'asportazione di un frammento d'uretra. Rivestono i nuovi spazi cavernosi che si formano a mò di seni nel tessuto di granulazione. Pare anche possibile che il tessuto cavernoso si rigeneri sulla via di formazione dei batterii endoteliali. Questi si comportano in modo analogo alle neoformazioni vasali. 5.° Nel tessuto cavernoso i seni raggiungono nella loro neoformazione la loro massima grandezza fra il 15.° ed il 30.° giorno, per subire dopo una diminuzione del loro lume in conseguenza del raggrinzamento del connettivo circostante. Una completa obliterazione è però un'eccezione. 6.° Nell'epitelio pavimentoso stratificato dei monconi di resezione si riproduce in primo tempo un epitelio stratificato che riveste lo strato cavernoso di nuova formazione. Ma subito comincia una divisione nucleare ed un aumento cellulare vivaci, per cui si origina epitelio a più strati. 7.° La rigenerazione dei diversi strati che costituiscono l'uretra dipende però da un processo reattivo che si stabilisce dopo l'operazione: quanto più mite è l'infiammazione consecutiva, tanto più decorre rapida e cessa. 8.° Trapiantando un piccolo moncone uretrale in un canale eseguito artificialmente sotto la pelle s' ingrandisce e riveste la parete interna del nuovo canale; si può così creare artificialmente un'uretra nuova completa, la quale ricorda per la sua struttura e funzione l'uretra normale. 9.° Gli strati della parete uretrale, cresciuti quale rivestimento del nuovo canale sono mucosa e strato cavernoso, mentre la muscolare non vi prende parte.

XVI. Wolff. — *Sui distacchi epifisari traumatici.* È uno studio basato su tredici osservazioni. Il distacco delle epifisi naturalmente appartiene al periodo di accrescimento delle ossa in quanto non esistono che in questo, e cioè prima del 18.° anno. Sono connesse alla diafisi in modo molto lasso, e quindi una violenza diretta od indiretta, più o meno in vicinanza dell'articolazione esercita la sua azione sul punto più debole, e quindi nel giovine sulla cartilagine epifisaria. Nell'adulto invece si avrebbe una frattura. Con l'esame radiografico di 525 casi ha potuto constatare che si ha più frequente il distacco di quello che non si creda: quello del cubito è il più frequente.

Crede che la violenza diretta sia la causa più frequente. Crede che con la radiografia si possa facilitare la diagnosi, in quanto si hanno immagini nette. Non vedendo nelle immagini una frattura si può dedurre che la lesione è nella zona epifisaria. La cura è quella delle fratture.

XVII. Bakes. — *Terapia operativa del prolasso del retto.* È con una serie di casi, che descrive i varii metodi di cura, e specialmente operativi, come la legatura, la resezione, la sospensione, ecc. eseguiti nella clinica del Prof. Albert.

XVIII. Schuchardt. — *Asportazione di un osteoma della parete orbitale superiore con conservazione del bulbo.* Usò il processo osteoplastico di Krönlein resecando temporariamente la parete orbitale ossea.

XIX. Merkens. — *Dell'uso del bottone di Murphy nella gastroenterostomia.* Usato nell'Ospedale Moabit di Berlino lo loda.

XX. Schmidt e Delbanes. — *Neuroma ascellare del plesso brachiale.* Caso clinico.

XXI. Francke. — *Contributo alle malattie acute del pancreas.* Ricordata la letteratura sull'argomento, accenna a due casi di necrosi acuta. Il primo in un uomo di 51 anni che ammalò ad un tratto con dolori addominali, vomito, debolezza e stitichezza, temperatura normale, polso piccolo, irregolare, frequente. Alla laparotomia si trovò un cordone peritonitico che pareva strozzasse la curva splenica del colon, che venne distaccato. Morte per collasso. Alla necroscopia il pancreas era ingrandito, colorito in giallo grigio, con pus nel centro. Microscopicamente si trovò necrosi. L'altro caso era di una donna di 30 anni. Stessa fenomenologia, cura, esito, ed all'esame microscopico si trovò pure necrosi totale del tessuto pancreatico con proliferazione del tessuto interstiziale ed emorragie verso i margini delle parti necrotiche. Come si vede sintomatologia oscura, e così la diagnosi. Non crede che i fenomeni di ileo e collasso trovino spiegazione, come voleva Zenker, nella stimolazione del plesso solare, ma crede piuttosto con Dieckhoff (e riporta un caso) che la morte si abbia per l'esclusione rapida e totale del pancreas dal circolo, in modo che il ricambio viene notevolmente modificato. A proposito delle cisti ricorda le divisioni di Körte, e cioè da ritenzione, da proliferazione (cisto-adenomi) da ritenzione consecutiva a pancreatite, le pseudo-cisti originate dalle affezioni traumatiche od infiammatorie del pancreas. È preferibile l'incisione con sutura alle pareti e drenaggio all'estirpazione.

XXII. Bibliografia.

Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie, Vol. 5.°, Fascicolo 1.°, 2.° e 3.°.

I. Ribert (di Zurigo). — *Sulle malattie del miocardio in seguito a difterite.*

Risulta dalle diverse abnormità descritte dai varî autori sulla struttura del cuore che esse possono dividersi in: degenerative per la sostanza muscolare, ed in proliferative pel tessuto connettivo. La presenza di malattie al miocardio in seguito a difterite rivelano non una miocardite interstiziale, ma una degenerazione grassa e cerea del muscolo, cui si accompagna un aumento del tessuto connettivo che va progredendo col riassorbirsi graduale della massa degenerata, e col suo tramutarsi in callosità. La proliferazione

del tessuto connettivo dopo la distruzione delle fibre muscolari non è apparizione secondaria ad una miocardite preesistente, ma è indipendente da essa.

II. Zietze (Breslavia). — *Il trattamento chirurgico della peritonite acuta.*

L'A. si propone di rispondere alle seguenti domande: 1.° Quali sono i casi di peritonite che noi possiamo e dobbiamo operare. 2.° Qual'è il metodo più razionale di operazione. Rispondendo al secondo quesito fa premettere alcune considerazioni, e cioè: *a*) che l'entrata di microrganismi non patogeni nell'addome dell'uomo non è bastevole di per se a generare peritonite; *b*) che anche l'entrata dei bacteri specifici dell'infiammazione nella cavità addominale non produce danno quando essi non siano in troppo gran numero e s'incontrino con un peritoneo intatto; *c*) l'entrata dei bacteri infiammatori genera una peritonite in questi casi: quando i germi contengono un alto grado di virulenza e siano in grande quantità; per la presenza di ascite o di estese lesioni meccaniche o chimiche nel territorio infetto, ed in deboli individui, ed anzitutto per ferite nell'addome colpenti il peritoneo.

L'intervento chirurgico è necessario in casi di svuotamento di essudati tossici, nei primi stadi di una perforazione del peritoneo; nei casi di peritonite settica diffusa (e tra queste le forme umide); ed anche in quei casi in cui l'infezione generale è già progredita e diffusa. Segue un'importante bibliografia sull'argomento.

III. Hampelu. — *Sul trattamento del carcinoma del fondo dello stomaco e dell'ascesso cronico della milza nelle malattie della regione subdiaframmatica sinistra* (due figure). *Dall'Ospedale di Riga.*

L'O. espone tutti i segni fisici di cui la diagnostica abbisogna per addivenire alla difficile diagnosi differenziale delle affezioni di questa regione. La difficoltà maggiore nel trattamento di tali malattie è quella della diagnosi di sede. Indi fa la storia di molti casi da lui operati di carcinoma al fondo ed alla piccola curvatura dello stomaco, e di ascessi cronici della milza.

IV. Gerhardt. — *Un caso di empiema da tifo con spontaneo riassorbimento.*

Descrive il caso di una pleurite essudativa metastatica al tifo. Il caso è interessante per la spontanea guarigione non solo, ma per la presenza dei bacilli del tifo nella cultura dell'essudato pleurico.

V. Mühsom. — *Fistole, e particolarmente fistole stercorali in seguito ad un'appendicite operata* (*dal reparto chirurgico dell'ospedale Moabit di Berlino dir. prof. Sonnenburg*).

Medici e chirurghi si contendono oggi la cura delle infiammazioni all'appendice cecale ed alle sue complicazioni. Le indicazioni per l'operazione furono date da Sonnenburg con precisione nella sua patologia e terapia delle appendiciti; ed il numero dei pazienti guariti sta ad attestare la bontà del metodo. Bisogna però prendere qui in considerazione quei casi di individui che, dopo un certo tempo di perfetta guarigione, furono presi da

nuovi disturbi causati dal formarsi di una fistola nel luogo operato. Di queste fistole però occorre distinguerne due categorie: quelle che sorgono senza un intervento chirurgico, e quelle sorte in seguito ad operazione. Riguardo poi alle fistole stercorali bisogna ancora distinguere etiologicamente:

A) Quelle che nascono in seguito allo spaccarsi di ascessi.

B) Quelle che nascono in seguito a deficiente cura del moncone dell'appendice vermicolare.

C) Per malattie della parete intestinale (infiammazione, tubercolosi).

D) In seguito all'immediata lesione intestinale, o a distacchi della sierosa.

L'A. illustra tutte queste modalità riportando i casi clinici da lui studiati.

VI SCHULTZE (Bonn). — *Puntura spinale ed iniezione del siero antitossico nella liquefazione spinale per tetano traumatico.*

Il siero antitossico pel tetano fu sino ad ora iniettato soltanto nel tessuto sottocutaneo; salvo in un caso di Quénu che fece l'iniezione intracerebrale.

L'A., dopo aver levato il liquido dalla cavità midollare, lo sostituisce col siero antitossico, ottenendo soddisfacente resultato.

VII. STRATZ e DE YOSSELIN DE YONG. — *Nefrotomia per tumore al rene.*

Stabilito che si debba fare l'enucleazione delle neoformazioni benigne lasciando in sede la parte sana, si tratta di decidere se debba preferirsi il metodo transperitoneale o il metodo lombare: si è però concordi nello ammettere il primo pei grossi tumori e fissi; il secondo pei casi infettivi.

Il primo A. descrive il caso clinicamente e l'operazione riescita; l'altro dà le norme per la difficile diagnosi di sede, ed i risultati delle ricerche anatomo-patologiche ed istologiche, per conchiudere che nel caso speciale si aveva a che fare con uno di quei tumori giudicati dal Driessen per endoteliomi, dal Grawitz per strume aberranti, e da Sudeck per adenomi del rene.

VIII. HERZFELD. — *Sul trattamento chirurgico delle inflammazioni tubercolari del peritoneo* (*dal reparto chirurgico dell'ospedale am. Urban di Berlino*).

L'A. distingue le diverse forme di affezioni tubercolari del peritoneo: 1.° La miliare o submiliare, o essudativa. 2.° La nodosa e raggrinzata. 3.° L'adesiva. Dimostra come i bacilli della tubercolosi possono arrivare al peritoneo per la via linfatica e la via sanguigna. Dà il decorso clinico della malattia ed i segni di diagnosi. Indi espone il trattamento, descrivendo le laparotomie operate. Segue un'accurata letteratura.

IX. SIMON. — *Una raccolta di chilo negli spazi pleurali di destra e linfangiettasia della gamba sinistra* (*Clinica medica di Heidelberg*).

Descrive un caso molto interessante: la linfangiettasia si estendeva dalle gambe lungo l'iliaca e l'aorta sino alla cisterna del Pequet, e di qui al mediastino ed alla pleura. Iniettati i vasi linfatici con latte fu assicurato che il dotto toracico era completamente pervio sino allo sbocco nella succlavia, ma che veniva compresso dal colossale sviluppo dei vasi linfatici

circostanti. L'intervento chirurgico in tali malattie è assolutamente impossibile, poichè le affezioni ai linfatici decorrono al principio senza sintomi, e quando il male si mostra il processo è già troppo avanzato perchè sia possibile un'operazione radicale.

X. MIYAKE. — *Sulle malattie date da morsicature di topi* (*Breslavia*).

Tali malattie decorrono quasi regolarmente sotto una caratteristica febbre intermittente, exantemi rossi bluastri, e sintomi nervosi speciali. L'affezione mostra nel suo decorso una grande analogia colla malaria e colla setticoemia. L'una ipotesi è che tra le varie speci di Ratti ve ne ha una il cui morso inietta nella ferita i germi della malattia: altri ammettono che siano velenosi solo i sorci delle case e delle paludi. L'opinione dell'A. è che un sorcio sano non attacca mai una persona che giaccia dormiente; ma solo i sorci affetti da una malattia, che potrebbe assomigliarsi all'idrofobia dei cani, sono quelli che aggrediscono l'uomo morsicandolo. Descrive i sintomi della malattia, e ne prescrive la cura.

XI. FRANKE. — *Sopra alcune importanti complicazioni chirurgiche e malattie secondarie ad influenza* (*Braunschweig*).

L'A. per avere avuta egli stesso una grave influenza che gli lasciò un seguito di varî acciacchi per un anno intiero, e per essere in condizioni di poter studiare nella sua clinica, come medico e come chirurgo, un'infinità di casi di influenza, affronta l'arduo tema del descrivere e numerare tutte le varie affezioni che seguono all'influenza. E di ciascuna egli riporta i casi clinici studiati, illustrando successivamente gli esiti di angina, neuralgia alla lingua, appendiciti, pseudoappendicite nervosa, neuralgie alle articolazioni, neuralgie alla pianta del piede (podalgia, metatarsalgia, malattia di Morton), malattie delle ossa (periostite nodosa, edema dei piedi), malattie delle articolazioni, aponevrosite plantare, ecc.

Questo studio è condotto con molta cura, ed interessantissimo.

XII. SKLODOWSKI. — *Sul restringimento cronico dell'intestino tenue* (*Warschau*).

Si maraviglia anzitutto l'A. come i sintomi caratteristici della stenosi del tenue non fossero punto conosciuti e descritti dai trattatisti antichi e relativamente recenti. Grandi passi fecero fare alla conoscenza clinica dell'enterostenosi i lavori ultimi di Leichtenstern, Neves e Nothnagel. Passa quindi a descrivere cinque casi caratteristici di restringimento al tenue. In essi riscontrasi come, benchè tutti casi differenti, il quadro diagnostico si presenta sempre uguale. Etiologicamente la maggior parte delle enterostenosi appartiene alla categoria delle *stretture* (strictura, intestini interni Nothnagel), che sono di due sorta, *neoplastiche* e *cicatriziali*. Tra i tumori i principali agenti di restringimento sono i carcinomi e i sarcomi. La tubercolosi, le ernie strozzate, lesioni gravi al ventre, la *stenosi ipertrofica infiammatoria* (Nothnagel) sono enumerate come causa di restringimento. In un secondo gruppo mette le stenosi secondarie a peritonite. Descritte le variazioni anatomiche passa ai sintomi, alla diagnosi, alla terapia ed al trattamento chirurgico.

XIII. Croner — *Diagnosi preventiva del carcinoma dello stomaco e sua cura* (*Policlinico dell'Università di Berlino*).

Sebbene noi non possediamo alcuna cognizione di sintomi, o di metodi che ci possono dare di per sè con sicurezza la diagnosi di carcinoma allo stomaco, pure noi dobbiamo fare assegnamento sulla somma dei dati raccolti nei diversi momenti della malattia.

L'A. viene alle seguenti conclusioni: che noi non possediamo un segno specifico del cancro allo stomaco, e dobbiamo tener conto di un complesso di sintomi; che la mancanza di acido cloridrico libero e la presenza di acido lattico non sono sintomi specifici; le ricerche microscopiche del succo gastrico non dànno alcuna conclusione certa (i batteri filiformi appartengono all'acido lattico); i disturbi motori si riscontrano nei primi stadî del carcinoma che ha sede al piloro.

L'unico metodo di cura è l'estirpazione totale; per la resezione del piloro è da distinguersi quando il tumore dopo l'apertura della cavità addominale appaia troppo grosso o troppo aderente, o siano trovate metastasi. In questi casi bisogna decidersi per la gastroenterostomia; all'infuori di questi casi la gastroenterostomia deve solo usarsi per la presenza di importanti disturbi dati da infiltrazione delle pareti.

XVI. Hofbauer. — *Un caso di ematuria renale unilaterale in un bambino di due anni* (*Clinica Medica di Vienna*).

La chirurgia del rene fece in questi ultimi decennî molti sforzi per darsi una esatta spiegazione sulla etiologia della emorragia renale. Speciale interesse hanno quei casi in cui l'ematuria cessò dopo estirpato il rene, nel quale pertanto non si riscontrano le minime alterazioni anatomopatologiche; onde si vollero supporre, a spiegazione del fatto, disturbi trofici o angionevrosi. Per queste spiegazioni si volle da alcuni bandito l'intervento chirurgico, e curare l'angionevrosi con dieta lattea e mezzi fisici.

A schiarimento di questo non chiaro capitolo di « *ematuria data da rene sano* » egli espone un caso assai interessante.

XV. Schlesinger. — *Idrope hypostrophos e idrope articolare intermittente* (*Clinica Chirurgica dell'Università di Vienna*).

L'idrope articolare intermittente, benchè osservata qui spesso, non può considerarsi come malattia abituale. L'A. ne dà i sintomi più comuni conchiudendo che, considerando come lo spostarsi continuo del processo dall'una all'altra articolazione, e l'esito incerto di un trattamento operativo ci consiglia di non ricorrere a questo che nei casi estremi, in quelli cioè (non sintomatici) in cui l'idrope intermittente colpisce continuamente la stessa articolazione, e quando tutti gli altri mezzi terapeutici siano stati invano tentati, e prima sarebbe indicata una iniezione di sostanza irritante nell'articolazione. Bisognerà però prima dell'operazione ammonire l'ammalata che si tratta di un processo terapeutico il cui esito non può garantirsi sicuro.

Segue una accuratissima bibliografia.

XVI. Israel. — *Sull'influenza delle incisure sul rene nei casi di malattie acute o croniche nel parenchima renale* (*Berlino*).

L'A. comunica un gruppo di osservazioni il cui interesse consiste, secondo lui in ciò, che per esse si aprirà un campo nuovo alla cura chirur-

gica del rene, e si getterà viva luce sul capitolo sino ad ora oscuro della patologia del rene. Il caso che egli tratta è quello di una incisura sul rene praticata dopo una totale anuria di più giorni manifestata in seguito a infiammazione del rene sinistro, otto mesi dopo l'estirpazione del destro per tubercolosi. A queste aggiunge molte altre osservazioni illustrative di altri casi studiati. I risultati delle sue osservazioni sono, che l'incisione del rene influenza benignamente molti casi di processi nefritici; che l'anuria sorta in seguito di nefrite a decorso acuto può guarirsi coll'incisione del rene; che le ferite del rene non possono venire rimarginate colla cucitura.

XVII. Deckart. — *Sulla trombosi ed embolia dei vasi del mesenterio. Contributo alla conoscenza dell'ileo* (*Istit. di Pat. e Clinica Chirurgica di Breslavia*).

Dalle esperienze di Litten si sa che l'arteria mesenterica superiore, se non anatomicamente funzionalmente è arteria terminale, per cui un infarto dell'intestino è possibile nel territorio da essa irriguo, però in esso non si manifesta distruzione di tessuto. L'A. cita molti casi da lui osservati di trombosi ai vasi dell'ileo, i cui sintomi erano caratteristici della strangolazione dell'ileo stesso: (fortissimo dolore come dato da compressione, seguito da dolori colici, ecc.). Dopo enumerate le cause di trombosi di embolia ed esposti i dati per la loro diagnosi differenziale coi tumori sanguigni, colle incarcerazioni interne, colle forme di compressione interne (ileus acutissimus di Naunyn) passa ad esporre i fondamenti della cura.

RASSEGNA DELLA STAMPA

Seuger. — *Ricerche sperimentali e cliniche sul modo di sterilizzare la pelle* (Arch. f. klin. Chir. 1899, Bd. LIX Heft 2). Sottomise lo stafilococco piogeno aureo all'azione dell'alcool per 1-20 minuti, e le colonie si sono sempre sviluppate ugualmente; il miglior bactericida era l'alcool a 50 $^0/_0$ e così l'efficacia dell'alcool nella disinfezione della pelle sarebbe dovuta secondo l'A. ad un'aldeide etilica che si forma a contatto del sapone e dell'acqua calda.

E così il lavarsi coll'acido fenico dopo essersi lavati coll'alcool è meno efficace dell'usarne uno solo perchè si formerebbe un etere fenico di poco valore antisettico.

L'autore secondo questo principio delle combinazioni chimiche propone l'acido cloridrico per cui si sottoporrebbero le mani, lavandole coll'acido cloridrico, permanganato e iposolfito di soda all'azione dell'ossigeno, del cloro e dell'acido solforico allo stato nascente. Cita degli eccellenti risultati ottenuti col suo metodo.

Schloffer. — *Intorno ai guanti da operazione* (Arch. f. klin. Chir. 1899, Bd. LIX Heft 1). L'A. fece degli studî sui guanti di pelle simili a quelli dei militari adottati nella clinica di Wolfler di Praga, in sostituzione di quelli di guttaperca e di filo. Intinse il dito disinfettato nelle culture vi-

rulente di streptococchi e di bacilli della setticoemia dei cani, e praticata la laparotomia ad un coniglio, l'introdusse nel cavo peritoneale coperto del guanto antisettico, e sempre ottenne guarigione con decorso asettico, mentre nell'animale di controllo dove introduceva il dito senza guanto ebbe sempre la morte. Le stesse esperienze ripetè nel tessuto cellulare sottocutaneo ed otteneva gli stessi risultati con andamento meno rapido.

Consiglia i guanti nelle cliniche frequentate da numerosi allievi che possono essere sorgente di infezione. I guanti di pelle sopradetti vengono disinfettati in una soluzione di lisolo all' 1 per 100 o di sublimato dell' 1 per 5000.

MANNINO. — *Contributo alla cura dell' epitelioma mediante le applicazioni di acido arsenioso* (Rassegna Internazionale della Medicina Moderna, n. 2,1900. Le conclusioni di questo lavoro eseguito nella Clinica del prof. Clementi a Catania sono queste: 1.° l' acido arsenioso sciolto in acqua ed in alcool etilico nelle proporzioni sopradette è realmente utile negli epiteliomi ulcerati; 2.° Esso non garantisce dalle recidive e ciò specialmente sugli epiteliomi a forma infiltrata, nei quali è sempre preferibile la cura chirurgica; 3.° Nelle forme piane che hanno tendenza ad estendersi più in superficie che in profondità (ulcera rodente), specialmente se curati al loro inizio, potrebbe dare dei resultati curativi molto soddisfacenti; 4.° Nelle forme molto estese, nelle quali prevale lo sviluppo di bottoni epiteliali, accoppiato al raschiamento riesce un mezzo di cura prezioso.

STUBENRAUCH. — *Ricerche sperimentali sulla necrosi fosforica* (Arch. f. klin. Chirurg. L'autore ha fatto vivere degli animali per un mezzo anno nelle camere dove si mettono a seccare i fiammiferi nelle fabbriche e malgrado avesse loro inferte delle ferite e strappati dei denti, non è arrivato a produrre in essi la necrosi fosforica. Questa malattia sarebbe dunque propria dell' uomo. L'autore basandosi sull'esame di un caso è portato a credere a una disposizione dei vasi alla trombosi.

JANNI. — *Le fini alterazioni delle tuniche venose nelle varici* (Gazzetta internazionale di medicina pratica n. 3-1900) Le conclusioni sono le seguenti: 1.° Nelle vene varicose non si vedono soltanto alterazioni regressive delle pareti dovute alla distensione passiva di esse, ma si vedono neoproduzioni, talvolta cospicue, di tessuto connettivo, che hanno sede principalmente nell'intima sotto forma di una endoflebite produttiva nodosa od a placche; 2.° È evidente uno sfibramento della membrana limitante interna in membrane e fibre elastiche più sottili, in corrispondenza di queste neoproduzioni endoflebitiche. A questo sfibrillarsi della limitante elastica interna si accompagna, specialmente nei grossi nodi, una neoformazione, talora abbondante, di fibre elastiche. 3.° In corrispondenza dei punti, ove è avvenuta la produzione di nodi o placche, suole spesso accompagnarsi una limitata neoformazione connettiva negli strati più interni della media. 4.° Questa endoflebite è l'alterazione primitiva. Ad essa non si può ascrivere quella finalità comparativa ad alterazioni regressive della media, che voleva assegnarle Epstein.

EICHEL. — *Le ferite da armi da fuoco del pericardio* (Arch. f. klin. Chirurg. Bd. LIX Heft 1.) Eichel porta una statistica di casi di ferite del pericardio costatate o all'autopsia o per l'atto operativo o semplicemente supposte. Il numero di questi ultimi casi è il maggiore.

In questi si notarono disturbi cardiaci e talvolta polmonari che cedevano più o meno presto. Nei casi constatati all'autopsia la ferita fu vista direttamente o fu dedotta dalla direzione seguita dalla palla. Nei 4 casi in cui si intervenne, in tre si allargò la ferita del pericardio e si lavò accuratamente, nel quarto la ferita guarì per granulazione. In quanto alla diagnosi d'una ferita del pericardio, bisogna basarsi dapprima sulla situazione del foro di penetrazione, poi sull'allargamento della zona di ottusità del cuore, infine sulla sostituzione della zona di ottusità precordiale con una zona corrispondente di timpanismo. La ferita concomitante del cuore è difficile a differenziarsi perchè si svolge senza un sintoma violento speciale. In quanto al corso dell'affezione dipende dal grado di setticità delle vesti, della pelle traversata, ecc. L'essudato appare dal secondo all'ottavo giorno e si riassorbe più o meno rapidamente. La cura più lunga è stata di 3 mesi. Le complicazioni più frequenti si sono avute dal lato dell'apparecchio respiratorio (emottisi, versamenti e essudati pleuritici). L'operazione indicata sarà, dopo la disinfezione, l'apertura del pericardio, magari resecando una costa e consecutivo drenaggio con la garza.

Braun. — *Perforazione del digiuno sopravvenuta 11 mesi dopo una gastroenterostomia* (Arch. f. klin. Chirurg. 1899, Bd. LIX, Heft. 1). In un ammalato di atonia gastrica fu praticata dal Braun un gastrodigiunostomia con esito felice, dopo breve tempo però l'ammalato muore di peritonite acutissima. All'autopsia: ulcera da autodigestione nella porzione del digiuno inserita allo stomaco ad un centimetro e mezzo dall'innesto. La riunione fra stomaco ed intestino era ottima, l'apertura larga e la mucosa dello stomaco si continuava con quella dello stomaco. Causa dell'ulcera autodigestione per causa del succo gastrico.

Ledderhose. — *Un caso di gastroenterostomia per stenosi della parte inferiore del duodeno* (Arch. f. klin. Chirurg., 1899 Bd., LIX, Heft. 1). La stenosi del duodeno per la quale si era dovuto fare la gastroenterostomia era data da un tumore della grossezza di una testa di fanciullo. Il malato era molto scaduto nella nutrizione, ma l'intervento operativo ne cangiò l'aspetto in pochi giorni e dopo circa due mesi il malato aveva riacquistato il suo peso primitivo. La presenza, come si vede, della bile e del succo pancreatico nello stomaco non aveva disturbata la digestione.

Most. — *Dei vasi e delle glandole linfatiche dello stomaco in rapporto colla propagazione del cancro dello stomaco* (Arch. f. klin. Chir. 1889, Bd. LIX Heft. 1). L'A. pubblica i risultati ottenuti dai suoi studi fatti iniettando i territorî linfatici dello stomaco e regioni vicine. Ed è giunto alle seguenti conclusioni: che i vasi linfatici dello stomaco sono perfettamente limitati e che non comunicano che eccezionalmente con quelli dell'esofago e del duodeno, l'origine di questa circolazione linfatica sono le glandole del pancreas. I linfatici della mucosa e sottomucosa comunicano con quelli della sierosa, quantunque questo fatto sia nell'adulto poco osservabile. La resezione dello stomaco nel cancro della porzione pilorica e della piccola curva dà, secondo l'A. grandi speranze di non recidiva, mentre è impossibile una cura radicale quando sono infiltrate le glandole del pancreas e le retroperitoneali consecutivamente a queste.

Godart-Danhieux. — *Il rene mobile e l'enteroptosi* (Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie n. 14). Le conclusioni di questo lavoro sono

le seguenti: 1.° La molteplicità delle gravidanze è la causa più importante della diminuzione della tensione addominale e per conseguenza dell'enteroptosi. 2.° L'età interviene ancora per accentuare queste condizioni, e la sua parte nella produzione dell'enteroptosi pare indiscutibile anche nelle nullipare. 3.° Nè la molteplicità delle gravidanze, nè l'età intervengono nello stesso modo nella patogenesi del rene mobile. 4.° L'enteroptosi, fenomeno essenziale, che produce per la diminuzione della tensione addominale, non è sempre accompagnata da nefroptosi, e viceversa. 5.° In ragione della mancanza di parallelismo nella frequenza dell'enteroptosi e del rene mobile dinanzi a fattori etiologici così importanti che l'età e la gravidanza, dinanzi al fatto che i due ordini di ptosi sono lungi dall'essere osservati simultaneamente nei malati, vi è di che ammettere che la patogenesi dell'enteroptosi non è identica a quella del rene mobile. 6.° Le cause che determinano la produzione della nefroptosi sembrano indipendenti dalle alterazioni della tensione intra-addominale.

MINERVINI e ROLANDO. — *Caso di Retentio testis inguinalis bilaterale* (Il Morgagni n. 1. 1900). È importante lo studio delle principali alterazioni anatomiche osservate in questi testicoli, che sotto alla diminuzione del volume ed alla mancanza assoluta di neoformazioni si riducono ad un'atrofia avanzatissima dei canalini seminiferi con sclerosi jalina pericanalicolare, ed all'innesto grande di cellule intérstiziali, lesioni localizzate esclusivamente al testicolo mentre la struttura dell'epididimo è normale. L'atrofia e la sclerosi dei canalini non è, come vorrebbero Monod e Terrillon, iniziata nel corpo d'Higmoro, e procedente dai tubuli retti verso i contorti, ma sorta proprio ed esclusivamente in questi ultimi.

NARATTI. — *Della cura radicale del varicocele* (Wiener klinische Wochenschrift n. 4). Quando il varicocele prende uno sviluppo considerevole si consiglia la resezione del plesso pampiniforme. I processi descritti sono numerosi, e quindi sono perfetti. Quasi sempre lo sviluppo varicoso delle vene del cordone coesiste in una certa dilatazione dell'anello inguinale. Questa constatazione ha condotto Naratti a resecare la vena spermatica interna in corrispondenza anche dell'anello inguinale, e ad eseguire questa operazione quasi seguendo il processo consigliato da Bassini per la cura radicale dell'ernia inguinale. L'operazione è facile ad eseguirsi e le sue conseguenze sono delle più semplici. I vantaggi di questo metodo sono: 1.° di incidere là pelle al di sopra del legamento di Poupart, cioè in un punto ove la disinfezione è più facile che in corrispondenza dello scroto; 2.° di interrompere intieramente la rivoluzione nel sistema della vena spermatica interna. Di più, per questo processo, si è più sicuri che con gli altri di non ledere l'arteria.

Finalmente in caso di ernia inguinale concomitante, si è fatta la cura radicale nella stessa seduta, e si può fare l'estirpazione di un lipoma, se è del caso. Eseguita quest'operazione 21 volte, ha ottenuto 17 volte riunione per prima intenzione e 4 per seconda. I resultati definitivi sono stati buonissimi; in un sol caso vi fu atrofia del testicolo.

HEUSNER. — *Etiologia e cura del piede varo congenito* (Arch. f. klin. Chirurg. Bd. LIX Heft. 1.) Heusner crede che la causa di questa deformità sia una cattiva posizione del feto nelle prime settimane per esempio quando il cordone che riunisce il chorion al corpo è troppo corso e non è piantato

ad angolo retto può deformare i due rudimenti dei piedi che sono situati lateralmente ad esso: ciò si farebbe verso la 6.° settimana. Lo stesso, secondo l'autore, può avvenire quando l'amnios è troppo ravvicinato all'estremità caudale in modo da comprimere i rudimenti dei piedi. A questa compressione dell'amnios viene attribuita anche la maggior frequenza delle lussazioni congenite dell'anca nel sesso femminile perchè i legamenti essendo più cedevoli nelle femmine, i femori escono più facilmente e sotto una pressione meno forte. Heusner raccomanda per la cura i suoi fili d'acciaio piegati a zig-zag che si adattano alle calzature.

BIBLIOGRAFIA

SALINARI SALVATORE. — *Le lesioni traumatiche dei centri nervosi.* Tipografia Voghera, 1900. Questo libro del Capitano Medico Salinari vinse il premio Riberi pel 1898. Nessun elegio può equiparare un tale onore. Onore meritato, perchè il Dott. Salinari ha svolto il tema che si era proposto con maestria impareggiabile.

Il lavoro è diviso in due parti; in una prima studia le lesioni dell'encefalo e delle sue meningi, ed in una seconda quelle dell'asse midollare e dei suoi involucri. E nell'una e nell'altra parte l'argomento è svolto completamente sia dal punto di vista della fisio-patologia sia da quello della clinica compresa la terapia. Giustamente l'Autore scrive: « è solo coll'illuminato concorso della fisio-patologia e della clinica che la chirurgia può in questa branca come nelle altre, ripromettersi nuove audacie senza andare incontro a dolorosi e sconfortanti insuccessi: Del resto le sconfitte nell'arte come nella guerra, dice il Bottini, sono forieri di utili ed efficaci ammaestramenti, insegnando esse più tardi, come a Pietro il Grande, la strada della vittoria. Convinto che il chirurgo più che alle discussioni dottrinali deve tenere dietro ai fatti e di questi sovratutto interessarsi, accennerò appena alle teorie ed alle ipotesi dei fisiologi e dei patologi, e darò invece ampio svolgimento alla parte pratica dell'argomento, avvalorandola colla citazione e col riassunto dei casi più importanti e più istruttivi sparsi nella letteratura ». Ed è così che il Salinari ha scritto un libro meritevole di ampissimi encomi, ed ha onorato non solo sè stesso ma anche il corpo Sanitario dell'Esercito al quale appartiene.

A. CECCHERELLI.

COLLET. — *Notion de Laryngoscopie utiles aux Médecinis* Paris, Masson 1900. Questo volume che fa parte della Raccolta de l'Encyclopédie Scientifique des Aide-Mémoire non è scritto per lo specialista, come dice l'Autore nella sua prefazione, ma per il medico in quanto riassume le nozioni utili a questo sia per la diagnosi sia per la cura. Espone perciò la tecnica della laringoscopia e della tracheoscopia non dimenticando quella diretta di Kirstein, e quella di Eocat per i ragazzi. Parla poi delle varie malattie della laringe, ma predilige quelle che interessano in special modo il medico, e cioè l'edema, le varie laringiti, la tisi, la sifilide, il cancro, ecc. Ma non

dimentica, e mi sembrano ben fatti questi capitoli, le paralisi ed i disturbi laringei di indole nervosa, e sempre procurando di essere molto pratico dettando quindi i precetti che derivano dalle singole osservazioni. L'Autore scrisse che il lavoro suo era per i medici, e non per gli specialisti: ed a questo intendimento corrisponde. A CECCHERELLI.

GIANNETTASIO NICOLA — *Sui tumori dell'ombelico* (*Dagli Archives Gènèrales de Medecine*, N.° 1, 1900). Premessa la storia dell'argomento, descrive un caso interessantissimo di mixoma fibroso, che in alcuni tagli aveva un aspetto midollare. Ricorda che un caso analogo l'ha riscontrato il Roncali. Ha trovato nel tumore numerosi elementi che sono riferibili senza dubbio ai tipi parassitari dei blastomiceti. Questi parassiti s' incontravano nelle parti più giovani e più vivaci del tumore come l' aveva notato Roncali, cioè nelle parti periferiche e nelle zone di accrescimento, come l' aveva notato Foà, zone nelle quale si trovano sempre di preferenza i leucociti.

MUNZARELLI ATTILIO. — *A proposito di un nuovo metodo di cura radicale dell'ernia crurale nella donna* (*Dal Raccoglitore Medico*). Obietta al processo dello Stecchi, che trova buono, la possibilità di non ritrovare il legamento rotondo od in condizione di non sopportare la sutura.

DE PAOLI GUGLIELMO. — *Di un caso d' fistola uretero-vaginale e di due di fistola entero-vaginale post-operatoria, una delle quali curata con laparotomia applicazione del bottone di Murphy con esito felice* (*Dall' Archivio di Ostetricia e Ginecologia*, N.° 11, 1899). Sono tre casi appartenenti al Prof. Bossi, dei quali per le fistole uretero-vaginali dice che: 1.° la posizione da darsi alle operande è quella di Trendelemburg; 2.° che è più razionale ed utile la via addominale che la vaginale, dopo gli atti operativi del Novaro e del Calderini; 3.° che l'innesto extraperitoneale in vescica è il metodo più razionale; 4.° che il bottone del Boari può facilitare l' innesto dell' uretere: 5.° che il drenaggio sottoperitoneale descritto dal Novaro nel punto d'innesto è di grande valore e di grande precauzione; 6.° che il metodo del Novaro e del Calderini, messi in pratica, sono da preferirsi al metodo di Mackenrodt, anche dal punto di vista della carità di patria. Per le fistole entero-vaginali poi afferma: 1.° che la posizione da darsi alle ammalate è quella di Trendelemburg; 2.° che è sempre più utile la via addominale che la vescicale; 3.° che nelle ferite ampie dell'intestino ove la sutura potrebbe diminuire il calibro è sempre da preferirsi il bottone dl Murphy alla sutura; 4.° che nelle ferite meno ampie la sutura alla Czerny e alla Woelfler sarà preferita: 5.° che l'operatore deve sempre preferire il metodo più rapido per molteplici ragioni che credo inutile dover ripetere.

Trattato Italiano di Chirurgia, Vol. II, Parte IV, Fascicolo 23 e 24 Clemente Romano. Malattie delle articolazioni, Vallardi, Milano 1900.

Dizionario pratico illustrato delle Scienze Mediche, Vol. I, Fascicoli 1, 2, 3, 4, 5, 6, Vallardi Milano 1900.

TILLMANNS. — *Trattato di Patologia Generale e speciale chirurgica*, Volume III, Puntata I, Vallardi Milano 1900.

MINERVINI e ROLANDO. — *Caso di Retentio testio inguinalis-bilaterale* (*Dal Morgagni*, N.° 1, 1900) (Vedi Rassegna della stampa).

PARLAVECCHIO. — *Splenotomie per affezioni rare. Contributo alla chirurgia della milza* (*Dal Supplemento del Policlinico* 1900). È la storia di due casi,

e precisamente, uno per ascesso post-tifico della milza, e l'altro per echinococco suppurato pure della milza.

A proposito di quest'ultimo discute sui vari mezzi di cura delle cisti idatiche della milza e dice le ragioni per le quali fece la splenotomia, e non la splenectomia, e cioè appunto essendo l'idatide suppurata.

Ruggi. — *Intorno all' artro-sinovite del ginocchio* (*Dalla Clinica Moderna* 1900 (Vedi Argomento del giorno).

CRONACA.

Il XXIX Congresso della Società Tedesca di Chirurgia avrà luogo a Berlino dal 18 al 21 Aprile. Sono già annunziate le seguenti comunicazioni:

Czerny: La cura del cancro inoperabile.

Krönlein: Carcinoma dell'intestino e del retto ed i risultati del suo trattamento operativo.

Rehn: I miglioramenti nella tecnica dell' amputazione e resezione del retto.

Israel: Le operazioni per calcoli del rene ed uretere.

Angerer: Le operazioni per contusioni addominali.

Bergmann: Del volvulo e sua diagnosi.

Credè: L'unione della gastro, ed enterostomia.

Lexer: Dei tumori teratoidi nella cavità addominale e loro cura operativa.

Missaglia Giuseppe, *Gerente responsabile*
Tip. della Casa Editrice Dott. Francesco Vallardi, Milano.

Gabinetto di Patologia Chirurgica della R. Università di Messina

SUTURA CIRCOLARE DELLE ARTERIE

CON L'AFFRONTAMENTO DELL'ENDOTELIO

Comunicazione preventiva

DEL

Prof. ANNIBALE SALOMONI

Il mio allievo interno, Giovanni Tomaselli, laureando in medicina e chirurgia, ha messo felicemente in pratica la mia modifica ai metodi finora conosciuti di arteriorrafia circolare, consistente nell'*affrontamento diretto delle superfici endoteliali.*

Nell'emostasi temporanea con dita o con pinze si estroflettono per qualche millimetro le labbra della ferita in modo che combaci l'intima di una parte con quella dell'altra; con aghi e seta finissimi si mettono punti di sutura nodosa interessanti tutto lo spessore della parete vasale e molto vicini tra loro. Si fa la compressione digitale per qualche minuto per arrestare l'emorragia eventuale, sempre piccola, dai punti, e si riuniscono con sutura nodosa gli strati al di sopra, cominciando dalla guaina.

Un cane, a cui si era tagliata di traverso l'aorta addominale e poi suturati nel modo anzidetto i due monconi, campò benissimo e non presentava nessun segno morboso. Ucciso in 18.ª giornata, si trovò perfettamente pervio e non ristretto il lume vasale in corrispondenza del punto reciso, cucito e cicatrizzato.

Credo che il principio suesposto, assicurante nel modo migliore l'adesione colla conservazione del calibro vasale integro e senza depositi fibrinosi, debba informare l'angiorrafia; e che a questa sia così riservato un grande avvenire.

Ospedale Civile di Venezia

CONTRIBUTO ALLA CONOSCENZA DEGLI ASCESSI RETROEPIPLOICI

da pancreatite suppurata [1].

Dottor DAVIDE GIORDANO

Chirurgo Primario

B. Maria, di anni 28, ortolana, da Sottomarina.

Di famiglia robusta e madre di 4 figli sani, di cui l'ultimo ha nove mesi, sana e ben costituita, ma un po' troppo obesa, godette buona salute fino ai 10 Dicembre 1899, nel qual giorno, dopo mangiato minestra di piselli, e sangue cotto di maiale, fu presa da dolori laceranti nell'epigastrio, con alvo chiuso, vomiti, depressione straordinaria delle forze. « Ridotta in condizioni gravissime (ci scrive il suo medico Dott. Borsatti), dopo 48 ore di assidue cure cominciò a riaversi e si rifece pervio l'intestino. Scongiurato il grande pericolo, restò sempre all'ipocondrio sinistro una sensazione molesta specialmente alla pressione, ed un certo grado d'indurimento o meglio di resistenza alla palpazione. Non poteva a lungo decombere sul lato ammalato provandone subito molestia. Il ventre sempre scorrevole, forse troppo, T. alla mattina 38°, alla sera 38,5... Da tre giorni la febbre aumentò raggiungendo nelle ore pomeridiane anche 39° a 39,5. L'ipocondrio sinistro si fece più dolènte e si avvertì un certo grado di ottusità che si estendeva dalla parte laterale verso l'ombelico e la regione epigastrica. Colla palpazione si aveva la sensazione di un corpo liscio, che si poteva delineare ne' suoi contorni, e si poteva ballottare, come se nel ventre esistesse una vescica ». Per tali fatti, l'egregio collega fece diagnosi di pregressa occlusione intestinale e di peritonite saccata, onde ci inviò l'ammalata per la opportuna cura chirurgica, li 27 Dicembre 1899.

All'entrata in Ospedale, questa donna si presentava, quantunque dicesse aver perduto assai in pochi giorni, ancor grassa, con pelle di colorito normale, sclere bianchissime. Respiro toracico superiore. Dolce soffio sistolico, probabilmente febbrile, con 100 pulsazioni al minuto, e T. asc. di 39,1.

All'esame del ventre si nota subito che è molto prominente nel quadrante superiore di sinistra, di dove la tumefazione degrada nella zona ombelicale, epigastrica, iliaca e lombare. Osservando infatti di profilo il fianco sinistro, si nota che dall'ultima costa alla cresta dell'ileo, descrive una curva

---

[1]. Lezione fatta alla Scuola pratica di Medicina e Chirurgia nello Spedale di Venezia, il 17 Febbraio 1900.

convessa, mentre a destra è concava. La pelle non lascia intravedere rete venosa ectasica, non è più calda delle parti circostanti, nè edematosa. Alla palpazione si sente che tutto l'ipocondrio sinistro è occupato da un tumore, che parrebbe a superficie liscia, ed è elastico, indistintamente fiuttuante. Del resto questi segni si raccolgono malamente a cagione del notevole spessore delle pareti addominali. Con l'esame bimanuale, tenendo una mano sulla regione lombare e con l'altra cercando di abbracciare dal davanti il tumore, si nota che esso è ballottabile, che giunge fino in corrispondenza del lombo stesso e che lascia alle volte percepire una sensazione come di onda mossa dai maneggi esplorativi. Del resto se il volume del tumore è paragonabile alla testa di un adulto, i suoi limiti precisi non sono facili a raccogliere. Certamente esso si nasconde sotto il lembo costale; pare che non oltrepassi la linea mediana e che arrivi a livello della ombelicale trasversa. L'esame è poco doloroso. Alla percussione si raccolgono i fatti che indicano essere la raccolta retroperitoneale, e si ha cioè su tutta la faccia addominale del tumore suono timpanico, mentre alla regione epicolica diventa leggermente smorzato e si muta in ottuso alla regione lombare. Il tumore insomma appare coperto in avanti da visceri contenenti aria, e particolarmente dallo stomaco e dal colon.

L'esame del rene destro riesce negativo. Negativa pure la esplorazione vaginale e rettale.

La circonferenza dell'addome a livello della sommità della tumefazione è di cm. 96.

Le urine giallo marsala limpide con p. sp. di 1028 hanno reazione acida. Contengono materie estrattive 61.6. Fosfato di Ca e di Ma, solfato di Na e di K, cloruri ed urati normali. Urea 25,85 $^0/_{00}$. Creatinina, urofeina, indicano, abbondanti. Uroeritrina scarsa, urobilina in discreta quantità. Del resto nulla di anormale, tranne la presenza di traccie di zuccheri riduttori che non si possono dosare per essere, in quei giorni, in disordine il gabinetto chimico dell'ospedale.

Le feci sono diarroiche, bianco giallastre, e si appiciccano untuose sulle pareti del vaso, ma, per la stessa ragione, non se ne può dosare il grasso.

Quando vidi quest'ammalata, essa era entrata da alcune ore nelle mie sale, ed il mio primo assistente, raccolta la storia ed esaminata la donna, era venuto nella idea che si fosse all'inizio incuneato un calcolo nell'uretere, onde la sindrome colica iniziale: poi uronefrosi e pionefrosi. La pienezza della regione renale, ed il ballottamento, davano una certa verisimiglianza a tale ipotesi.

Tuttavia, mettendo assieme più sfumature della fenomenologia descritta, lo improvviso scoppio degli accidenti in donna obesa, dopo mangiato, il vomito, la occlusione intestinale evidentemente dinamica, la grave prostrazione, l'assenza di precedenti a carico degli organi urinarî, ed avvicinando questi fatti coi reperti obiettivi attuali, mi parve più probabile la ipotesi di una primitiva emorragia pancreatica, con infezione della raccolta, ed ascesso retroepiploico diffusosi, dalla parte della coda del pancreas nel cellulare prerenale.

Il poco zucchero nelle orine aveva poco valore essendosene trovato solo nella proporzione dell'uno a venti nei malati affetti da ascessi pancreatici. Per altro, sapendo come spesso nell'ascesso pancreatico una sola incisione

od anteriore o posteriore, si dimostrò insufficiente, pensai di cominciare prima colla incisione lombare, fermandomi ad essa, se per avventura il tumore fosse stato di origine renale.

Per ciò, fatta cloroformizzare la inferma, pratico nel lombo sinistro una incisione obliqua di dietro in avanti, dall'ultima costa alla cresta iliaca. Penetrato nel cellulare perirenale, trovo normale il rene, e tesa e renitente al davanti di esso, e verso l'alto, la parete ascessuale. Tampono allora la breccia, per valermene in fine per il drenaggio, e per dominare meglio il campo, faccio una seconda incisione anteriore, verticale, sopraombelicale sul muscolo retto, e prossima al suo margine esterno. Inciso il peritoneo si trova nel campo in alto la gran curvatura dello stomaco, ed in basso il colon trasverso, coll'epiplon interposto teso, convesso, e per buon tratto gia aderente al peritoneo parietale. In basso manca affatto ogni aderenza, e la cavità peritoneale viene riparata con garze adattate in modo da lasciare un'area libera centrale nel punto culminante del tumore. Ivi incido nettamente la sacca, penetrandovi col dito e stirandone la bocca in fuori, per afferrarne i labbri con pinze ottuse. Da quest' apertura fuoriescono un tre litri di liquame color caffè e latte, con frustoli di tessuto necrotico, il tutto di odor scipito. Detersa con garze la vasta cavità vi si vede nettamente sul fondo il pancreas brunastro, di aspetto necrotico. Col dito si sfonda allora attraverso alla ferita lombare, ponendovi un drenaggio di garza, e la ferita anteriore viene marsupializzata, togliendo ogni comunicazione colla grande cavità peritoneale. Da questa parte un altro zaffo di garza viene affondato nella retrocavità degli epiploon. Si ebbe immediato miglioramento, ma il giorno dopo si notava novamente il ventre teso, T. di 38,5, polso debole e frequente. Temendo che o per la ferita operatoria, o per lo iato di Winslow non tenacemente chiuso dal processo infiammatorio, si fosse contaminata la grande cavità peritoneale, pulita la vagina, ne apro il fornice posteriore. Escono pochi cucchiai di liquido citrino. Ad ogni modo, stabilisco pure da questa parte una fognatura capillare. Ipodermoclisi. Dopo due giorni, persistendo sempre T. vespertina di 38,5, rimovo gli zaffi iodoformici, e valendomi delle opposte ferite, irrigo la cavità con soluzione salicilica, asportando ancora pus e brandelli necrotici. Rimetto la fognatura di semplice garza idrofila. Associando a queste lavande ripetute quotidianamente, la cura medica, con ripetute ipodermoclisi, ghiaccio sui precordì, stricnina, pancreatina prima di somministrare alimenti, chinina perchè la malata proveniva da regione malarica, abbiamo visto gradatamente cadere la febbre, crescere l'appetito ed il benessere, ritornare le forze, non senza però che si manifestasse intercorrentemente una trombosi della vena poplitea destra (1).

Sul pus raccolto furono istituite varie ricerche.

1.° Coltivato, diede sviluppo a streptococchi.

2.° Esaminato al microscopio, dimostra globuli sanguigni e purulenti alterati, cristalli aghiformi grassi, carbonati e fosfati di calce amorfi. I brandelli necrotici in sezione ad occhio nudo e visti contro luce sul portaoggetto, simulano struttura acinosa, ma all' esame microscopico si trovano

(1) Dopo il decorso fu eccellente, e, chiusesi le fistole, l' operata usciva guarita il 1 Aprile 1900.

solo maglie ripiene di globuli ematici e purulenti alterati, tanto che, da solo, quest'esame farebbe ammettere piuttosto una epiploite emorragica purulenta.

Notisi però che in nessuno dei casi finora consegnati nella letteratura il microscopio potè rintracciare ancora struttura di pancreas sull'organo eliminato per necrosi.

3.° Infine, lasciato sedimentare il pus, precipitano i frustoli, ma resta del medesimo aspetto il liquido sovrastante. Filtrato, si ottiene un liquido limpido giallo marsala, con reazione leggermente alcalina, o neutra, senza zucchero nè albumina. In questo liquido poniamo dell'amido a digerire in termostato a 37°, ed al giorno dopo decantando il liquido, otteniamo col processo del Fehling e colla fenilidrazina intensa la reazione dello zucchero.

È questa appunto, come dicono gli autori che si occuparono di tale argomento, la *firma* della malattia, dichiarante senz'altro la sua origine pancreatica.

Questa *firma*, che in verità pare di controllo assai semplice, fu tuttavia raramente riscontrata, perchè è raro se ne faccia ricerca.

La pancrealite suppurata, fu malattia lungamente ignorata dai medici, scusabili in questo da ciò che agli anatomici stessi non di rado passavano inavvertite, o non apprezzate al loro giusto valore, le alterazioni di questa ghiandola, assai trascurata nelle autopsie. Non bastava infatti il trovare focolai purulenti o necrotici nel pancreas perchè se ne deducesse la opportunità di segnalarlo all'attenzione del pratico: che cosa poteva importare al medico la curiosa scoperta fatta dal dissettore anatomico sopra un organo così inaccessibile nel vivo, e di cui ancora non era ben chiara la funzione? Onde lo stesso Morgagni, mezzo secolo dopo che il Tulpius avea trovato, a quanto pare pel primo, un ascesso del pancreas, avvertiva ancora « non seguir egli per certo l'opinione di coloro che pensano doversi attribuire *al solo pancreas* non so quali malattie » (1). Egli conosceva tuttavia le infiammazioni pancreatiche non solo per averne trovato esemplari sul tavolo anatomico, ma ancora clinicamente, per essere risalito, dal reperto anatomico stesso, alla fenomenologia clinica manifestata prima della morte: e conosceva l'andamento drammatico della malattia « l'ardente sete, e le frequenti lipotimie e sopratutto un dolor tale, come se fosse stato lacerato dai cani ai comuni confini del petto e del ventre ». Sapeva pure le difficoltà diagnostiche, la oscurità dei dati forniti, o meno, dalla palpazione, e che « le cose che diconsi del pancreas è sì facile di attribuirle ai fegato ».

Al fegato, allo stomaco, alle intestina furono infatti attribuiti di volta in volta i sintomi principali della suppurazione pancreatica. Itterizia, vomito, stipsi, diarrea, singhiozzo possono a vicenda domi-

(1) De Sed. et. c., vol. II, L. XXX, 9.

nare nel quadro morboso. Quasi ad insidia delle conoscenze più minute acquistate in fisiologia, il colore bronzino della pelle, la frequente assenza, dello zucchero nelle orine, possono sviare l'attenzione dal pancreas.

L'inizio di una suppurazione del pancreas può essere subdolo o brusco: subdolo per lo più nelle persone già cachettiche per altra malattia, e brusco nella maggior parte dei casi, ove si manifesta « a stilettata », con dolore talora nettamente localizzato all'epigastrio o nell'uno o nell'altro ipocondrio, od irradiato al dorso, od agli arti. Allora, in sull'inizio, il ventre teso e timpanico, dolentissimo, non permette un esame esauriente. Il malato con faccia angosciata, polso piccolo, decombe, flesso o contorto in modo da schermire in parte il dolore.

Si hanno insomma i segni vaghi di una incipiente infezione delle logge sottofreniche retroperitoneali (1). Più tardi, se il malato non ebbe da soccombere fulminato dalla violenza dell'attacco, si vanno svolgendo i fatti di una raccolta della retrocavità degli epiplon, che può protrudere in avanti, od insinuarsi allo indietro, facendosi strada nel cellulare prerenale, o diffondersi in basso verso il bacino e fin nel legamento largo muliebre, od in alto minacciando la pleura od il pericardio.

Non tutti sono ugualmente esposti ad essere colpiti da pancreatite suppurativa: i più dei casi riferiti concernono adulti attorno ai 40 anni, per i due terzi di sesso maschile. La fragilità di struttura e di vitalità organica prepara di solito il campo alla infezione; onde l'ateroma, esponendo a facile rottura di vasi con effusioni sanguigne o formazione di cisti ematiche, e l'obesità sono tra le principali cause predisponenti. Cause determinanti sono poi le infezioni ascendenti per i dotti pancreatici, con catarri duodenali acuti o cronici, oppure le embolie settiche, da sorgenti lontane. Perciò l'alcoolismo predisporrebbe all'ascesso pancreatico per triplice strada: e provocando alterazione vasale, e favorendo la adiposi, e complicandosi con gastroduodeniti croniche.

La sifilide può di per sè preparare già, quanto l'alcoolismo, un terreno vulnerabile: fu poi affermato esservi un pericolo nella sua cura stessa, in quanto il mercurialismo potrebbe provocare nel pancreas irritazioni simili a quelle che suole accendere nelle ghiandole salivari.

Quanto alla obesità, sonvi taluni che, dimentichi della poca resistenza del tessuto grassoso, male sanno spiegarne la influenza per vulnerabilità intrinseca, ed ammettono piuttosto la pressione del cuscinetto adiposo periduodenale provochi ristagno e decomposizione

(1) *A. Martinet*, Des Variétés anatomiques d'abcès sous phréniques (Tesi di Parigi, 1898 — riv. in Riv. Ven. di Sc. Med. 1899, p. 184).

alimentare nel duodeno, con pericolo di angiocoliti e di angiopancreatiti retrograde.

Più frequentemente invocata a causa occasionale di infezione acuta del pancreas, è la ingestione di sostanze alimentari alterate, come carni infrollite. Bamberger ne incolpò una salsiccia fracida. Nel caso nostro i primi sintomi scoppiarono dopo la ingestione di sangue di maiale, che però, al dire della paziente, non sarebbe stato ancora decomposto.

In altri casi, la origine è periferica, specialmente da infezioni penetrate per ferite della metà inferiore del corpo, come in seguito ad una castrazione (Portal), ed in un caso recentemente illustrato da Bonuzzi e Vanzetti, in seguito a cura radicale di ernia (1).

Il Biondi raccoglie ancora l'asserto che l'ascesso venga frequentemente determinato dal succo pancreatico il quale si versi nel parenchima ghiandolare e nelle vicinanze (2); e si affermò che l'ulcera duodenale e gastrica favoriscano la produzione di pancreatite.

Non è tuttavia la erosione del pancreas invasa da un'ulcera gastrica o duodenale, sia essa semplicemente rodente, oppure cancerosa, non è causa sufficiente a promuovere una pancreatite gangrenosa o suppurata; e più d'una volta mi accadde imbattermi in ulceri perforanti semplici o cancerose dello stomaco, che avevano per fondo il pancreas eroso, sottoposto così all'azione del contenuto gastrico e del proprio secreto, senza che vi fosse accenno a suppurazione. La cosa potrà certamente accadere, ma non costantemente e forse neppure frequentemente.

Fu paragonata, già dal Dechambre nel 1884, la pancreatite ad una angiocolite suppurata, e si volle spiegare la intensità dei fenomeni con cui insorge e bene spesso decorre a precipizio una tale affezione, per gli intimi rapporti anatomici, vascolari e nervosi, contratti dal pancreas, nella sua sede.

Se però pensate alla violenza con cui insorgono certe parotiti, meglio ancora, se richiamate alla attenzione uno di quei gravissimi flemmoni sopraioidei, o *angina Ludovici*, in cui dopo un decorso di poche ore trovate un malato ansioso, boccheggiante, attossicato, con una infiltrazione lignea della regione sottomandibolare, e poca sanie raccolta dissecando attorno alla ghiandola sottomascellare seminata di focolai purulenti, allora potrete immaginare quanto formidabile sarà per essere questa stessa affezione se dalla regione sottomascellare, accessibile, scoperta, la portate in quell'altra ghiandola salivare, addominale, nel profondo della retrocavità degli epiploon.

---

(1) Pancreatite acuta degenerativa a tipo emorragico (Gazz. degli Ospedali, 4 Febbraio, 1900, p. 157).
(2) D. Biondi, Cont. clinico e sperim. alla chirurgia del pancreas. (La Clin. Chir. 1896, p. 137).

Perciò, come è di urgenza vitale lo intervento per l'angina del Ludwig, così credo sia per la pancreatite fin da' suoi inizi, così disastrosamente letali. E parmi male si appongano quegli autori, che vogliono si aspetti sia passata — se sarà per passare! — la burrasca, prima di intervenire. La proposta di un intervento chirurgico non si affacciava neppure alla mente, finchè non si pensava all'ascesso pancreatico, o finchè se ne riteneva ancora la diagnosi impossibile; poi il Senn gettava l'allarme con una comunicazione (1886) in cui consigliava l'intervento chirurgico. A questa proposta faceva appo di noi eco, dopo che ancora fu divulgata la classica monografia del Fitz (1889), il Mugnai (1), il quale eziandio consiglia l'intervento ritardato, quando sono calmati i sintomi iniziali e si è formata manifesta la raccolta peripancreatica. Ed il Page stesso, il quale raccolse i documenti storici sparsi, dandoci sulla cura chirurgica delle pancreatiti purulente una succosa monografia (2), il Page stesso ritiene controindicato l'intervento nei casi acuti, quantunque egli attribuisca i fenomeni di occlusione e di vomito a vera causa meccanica, ritenendo il duodeno possa essere schiacciato dal pancreas tumido.

Al Körte spetta l'onore di avere pel primo nel 1894, operato, di proposito deliberato, per pancreatite: da solo egli ne operò quattro casi: a questi il Page ne aggiunge, raccolti da varì autori, altri otto, dando un totale di sei morti e di sei guarigioni. Ed anche le guarigioni avvengono talora lentamente, e residuano talora fistole pancreatiche tarde a chiudersi. Non solo, ma la sclerosi cicatriziale stessa pare possa alla lunga distruggere residui di pancreas sfuggiti alla suppurazione, poichè in un operato del Körte comparve diabete due anni dopo l'operazione.

Quanto a tecnica operativa, sei volte si svotò l'ascesso attraversando l'epiplon gastrocolico. Fränkel, volendo suturare la parete ascessuale, prima di inciderla, col peritoneo parietale, ebbe esito di pus per le punture e morte per peritonite. Perciò parmi miglior tecnica quella adottata da me, di proteggere dapprima il peritoneo con garze, e marsupializzare in seguito la sacca votata e detersa.

La controapertura lombare è opportuna per la sua posizione declive, e fu praticata da Gould e da Körte; ma la incisione lombare da sola può essere insufficiente: tanto che Körte avendo una volta aperta la raccolta dai lombi dovette dopo alcuni giorni aggiungere la laparotomia mediana.

Il quadro complessivo di queste dodici operazioni sarebbe assai cupo, colla sua mortalità elevata ancora al cinquanta per cento.

---

(1) *A Mugnai*, Pat. e terapia chir. del pancreas (Coll. It. di Letture sulla Medicina, Serie V, N. 9 [1890?])

(2) *Antonin Page*, Traitement chirurgical des pancréatités suppurées (Paris, Steinheil, 1898).

Ma non credo che i dodici casi raccolti dal Page, con questo, tredicesimo, costituiscano tutta la letteratura operatoria delle pancreatiti. Fuor di dubbio, molte raccolte di origine pancreatica furono operate e guarite sotto altro titolo, per cui mancò l'autopsia a rettificare la diagnosi.

Tra queste vanno non pochi casi di ascessi subfrenici, ed altri di ascessi detti paranefritici, o retrocolici, specialmente a sinistra. Più volte mi toccò aprire di tali ascessi, il cui punto di origine mi rimase oscuro per la banalità della storia raccolta dal malato, e per l'esito stesso, in guarigione. Ma riesaminando ora queste storie cliniche e cimentandole colla pietra di paragone della fenomenologia pancreatica, parmi poterne trar fuori due almeno che, già registrate sotto il titolo volgare di *ascesso iliaco*, e di *ascesso paranefritico*, rispettivamente, senza sforzo vengono invece a collocarsi sotto la indicazione più precisa di probabile *ascesso pancreatico* migrato, là lungo il cellulare retrocolico, quà nel cellulare pararenale.

Nell'un caso la origine sarebbe stata per via sanguigna o linfatica, in seguito a risipola della gamba sinistra: nel secondo invece l'attenzione viene fissata dall'orgia, alla quale seguirono bruscamente i primi sintomi morbosi.

Concedetemi di riassumere, nei loro punti più salienti, queste due storie.

B. Antonio, di anni 25, contadino, da Martellago, di famiglia sana e di buona costituzione, sregolato a tavola, appunto dopo una copiosa cena inaffiata da troppo vino giacque una giornata ubbriaco. Parrebbe escluso che egli avesse patito in quella circostanza alcun trauma. Passate cosi 24 ore, fu colto da fieri dolori nell'epigastrio. Si era sul fine di ottobre 1898. Ingoiò medicine prescrittegli dal medico, dilaniato sempre da dolori, per due o tre giorni. Indi, dopo un sanguisugio all'ano, sarebbe stato liberato dai dolori, ma, cercando di alzarsi, si accorse che non poteva estendere, anche a spesa di vivi dolori, l'arto inferiore sinistro. Rimase quindi a letto, travagliato ogni giorno da febbri ribelli al chinino per bocca e per iniezioni. Sui primi del 1899, il dolore si fece continuo, gravativo in sede lombare sinistra, ed egli finì col riparare in questa Divisione, li 23 Gennaio 1899.

Si presenta pallido e denutrito, colla coscia sinistra flessa sul bacino, la spina iliaca anterior superiore di questo lato quasi a contatto coll'arcata costale, scoliosi lombare destra. Nulla a carico dell'anca o del bacino, fossa iliaca sinistra vota: tumente invece, edematosa, la regione lombare sinistra. In uno spazio compreso orizzontalmente tra la 10.ª costa ed una linea tirata due dita trasverse sotto e parallela alla 12.ª, e verticalmente in uno spazio che tra queste linee comincia a due dita trasverse dalla colonna, e si estende infuori per 4 dita, la pressione è squisitamente dolorosa. In tale regione tuttavia non si ricava fluttuazione. La pressione sulla rachide, e sulle coste per sè è indolente. Havvi cresciuta resistenza, dolorabilità profonda ed ottusità nell' ipocondrio sinistro. Diminuita la espansione del torace sinistro, con sintomi di versamento nelle parti inferiori.

Temp. asc. 38,6. Urine normali.

Con una incisione lombare trasversale sotto l'ultima costa, attraversato il gran dorsale e le masse sacrolombari, si penetra in una vasta raccolta retroperitoneale, dando esito a più di mezzo litro di pus denso, giallo sporco. Si zaffa la cavità con due metri di garza iodoformica. Cade tosto la febbre, ed in pochi giorni si riassorbe l'essudato pleurico, e si corregge la deformità.

L'operato esce, ingrassato, camminando speditamente, li 28 Marzo 1899, con una piccola fistola che dopo due settimane era chiusa.

In questo malato la diagnosi posta dapprima fu quella vaga di ascesso paranefritico: vogliate intanto fissare la mente sulla impossibilità allo estendere l'arto inferiore sinistro, e pensate come, se l'ascesso invece di tendere verso i lombi e verso gli spazî subfrenici, si fosse infine infiltrato in basso dietro il colon fin nella fossa iliaca, si sarebbe potuto credere ad un ascesso classificabile, in modo non meno vago, quale ascesso iliaco.

Una tale migrazione del pus pare, dopo lunghe peripezie, sia avvenuta nel caso seguente:

Z. Giuseppe di anni 62, macellaio, già di robusta costituzione, da Venezia. Ai 13 Maggio 1897, essendosi escoriato il dorso del piede sinistro, grattandosi con mani, anch'esse lorde, ne patì una risipola che si estese a tutta la gamba. Dopo 20 giorni da che era guarito dalla risipola fu colto da polmonite, insorta acutamente nel lobo inferiore del polmone destro, ma che assunse poi andamento cronico, durando tre mesi. Quindi, in Gennaio 1898, venne colto da dolori nell'ipocondrio destro, con febbri irruenti a freddo, tumefazione epatica, con pressione dolorosa su tutta la parte accessibile del viscere, ma di più in alcuni punti, posteriormente, ottusità piena alla percussione, spazî intercostali ricolmi.

Male adattandosi l'infermo a una incisione esploratrice si fecero alcune punture, non estraendo altro se non sangue nero. Diminuì in seguito il dolore ed il turgore in territorio epatico, ma la febbre ritornava ogni 15 a 20 giorni, ed il deperimento generale era progressivo e grave.

In Marzo 1898 cominciò ad avvertire dolori irradiati lungo l'arto inferiore sinistro che prese a flettersi sul bacino. Infine, riparò in questa Divisione lì 29 Maggio 1898.

Entra in condizioni generali gravi. Scheletro robusto, ma emaciazione e pallore impressionanti. Il fegato non deborda dall'arcata. Diffusa invece è posteriormente la ottusità nell'ipocondrio sinistro, maggiore la resistenza a suo livello anteriormente. Contratti i muscoli addominali di sinistra: profondamente ottusa e resistente la fossa iliaca del medesimo lato. Flesso l'arto sul bacino, ed incapace di estendersi: abolito a sinistra il riflesso rotuleo.

Circa il 2 $^{\circ}/_{00}$ di albumina nelle orine, e cilindri granulosi.

Con incisione iliaca paraperitoneale apro nel profondo una raccolta retroperitoneale, con cavità che risale in alto dietro il colon. Col pus fuoriescono detriti necrotici. Il pus è sterile.

Dopo l'operazione fu possibile distendere l'arto, si ebbe apiressia, graduale miglioramento e scomparsa dell'albumina dalle orine. La fistola impiegò tre mesi a chiudersi. Oggi persiste ottima salute.

Chi bene rifletta alla storia di questo malato non potrà, io credo, supporre che si trattasse di un flemmone iliaco da adenite dipendente dalla primitiva risipola e passato dapprima inosservato. Quella risipola fu spesse volte lungo la cura del malato rievocata quale punto di partenza e certamente in sul principio le regioni iliache erano incolumi. Se nella risipola fu, come è probabile, il focolaio infettivo, la sua diffusione fu per metastasi, e solo tardi la raccolta purulenta scese dall'ipocondrio fin nella fossa iliaca di quello stesso lato, dal quale per combinazione era partito il materiale infettante, e che ora vi tornava, dopo che in esso si era esaurita la vita dei microrganismi che l'aveano prodotto.

Del resto in questi due casi, la origine pancreatica è solo ipotetica: mi pare tale, per l'analogia dei sintomi morbosi con quelli osservati in casi confermati di ascesso di origine pancreatica: ma in essi non venne ricercata l'azione saccarificante del secreto sull'amido, e li rammento solo per ribadire il monito del Körte, che se è esigua la nostra letteratura sulla cura chirurgica delle suppurazioni pancreatiche, si è che « il medico non sempre considera che il suo cliente possiede un pancreas ».

Istituto di Clinica Chirurgica della R. Università di Pisa
diretto dal prof. A. Ceci

SULLA SINTOMATOLOGIA E SULL'INTERVENTO CHIRURGICO NELLE FRATTURE della porzione cervico-dorsale della colonna vertebrale accompagnate da lesione midollare

Note cliniche con speciale riguardo al comportarsi dei riflessi nelle lesioni trasverse totali del midollo spinale

PER IL

Dott. RINALDO CASSANELLO

Assistente

(Continuazione e fine. V. N.° 3)

Fra gli ultimi comparsi ricordiamo soltanto come KIRMISSON (3), in una sua monografia sulla *patologia chirurgica e la medicina operatoria della colonna vertebrale*, nella edizione attualmente in corso di stampa del trattato di chirurgia del DUPLAY e RECLUS, appena accenni ad una teoria emessa dal BASTIAN di Londra, secondo la quale, nelle lesioni trasverse totali del midollo al disotto della offesa, si avrebbe abolizione dei riflessi, con paralisi flaccida: CHIPAULT (4) nel *Trattato di Chirurgia* del DELBET e LE-DENTU, pure tuttora in corso di pubblicazione, per riguardo alla questione dei riflessi e della paralisi nelle lesioni midollari si limita a dire che dopo le ricerche di BASTIAN di BOWBLY e di THORBURN: *sembra che nell'uomo, contrariamente a ciò che potevano far prevedere le esperienze sugli animali, la sezione totale del midollo, nella regione dorsale superiore, provochi la abolizione dei riflessi superficiali e profondi nelle parti sottogiacenti.* DURANTE invece afferma nettamente che *nelle lesioni trasverse totali del midollo si ha istantanea e completa abolizione dei riflessi tendinei profondi e superficiali cutanei.* Pure già da circa il 1890 CHARLTON BASTIAN (6) nella seduta del 1.° marzo della Royal Medical und Chirurgical Society in un'ampia relazione, riferendo sulla *sintotomatologia delle lesioni trasverse del midollo spinale*, e prendendo

specialmente in considerazione il comportarsi dei diversi riflessi, veniva alla dichiarazione che mentre egli prima era pure sostenitore della teoria che in tali lesioni per la perdita dell' influenza cerebrale sul midollo si avesse esagerazione dei riflessi insieme a maggiore o minore rigidità degli arti inferiori, dovette in seguito modificare tale opinione in forza dell'osservazione di diversi casi di lesione totale del midollo in cui si ebbe perdita dei riflessi e paralisi flaccida; casi da lui osservati già dieci anni avanti all'attuale comunicazione. In tale relazione l'A. riferiva lo studio di altri casi di lesione trasversa totale della regione cervicale inferiore e dorsale superiore dove coll'esame prolungato egli potè confermare che in simili condizioni la *cosìdetta reazione tendinea e i riflessi lombari superficiali erano aboliti eccetto quelli vescicali e intestinali*. E soggiungeva che per spiegare tali fatti era opportuno prendere in considerazione non solo la *mancata influenza del cervello sull'attività riflessa del midollo ma più specialmente veder ciò che succederebbe in esso se simultaneamente fosse abolita l'influenza del cervello e del cervelletto.*

A questa nuova sintomatologia delle lesioni midollari trasverse totali che era in così aperta antitesi con quella enunciata dallo CHARCOT e alla teoria ammessa dal Bastian per spiegarla (teoria che come or ora vedremo aveva il suo fondamento sulle nuove conoscenze che nel campo della fisiopatologia del cervelletto si venivano allora maturando) non tardarono a giungere come conferma non pochi casi ed osservazioni cliniche ed anatomo-patologiche.

Nella stessa seduta in cui il Bastian fece la sua comunicazione il BOWBLY (7) confermò i fatti dal Bastian dichiarati, coll'aggiunta di altri suoi casi personali in cui per frattura-lussazione nella regione cervicale inferiore con lesione midollare trasversale totale osservò egli pure scomparsa dei riflessi tendinei e abolizione completa del tono muscolare agli arti inferiori.

Poco tempo dopo è ancora il BOWBLY (8) che porta un nuovo e largo contributo di 11 casi di lesione midollare trasversa, in cui egli ebbe in conferma la stessa sintomatologia notata anteriormente dal BASTIAN e da lui stesso.

Soggiunge invece il Bowly *che era nei casi di lesione del midollo senza completa soluzione di continuo di esso che i riflessi tendinei erano aumentati in una col tono muscolare esageratissimo.*

HERBERT-PAGE (9) in una sua lezione clinica parla su di un caso di frattura-lussazione della regione dorsale della colonna vertebrale in cui si aveva la fenomenologia ammessa dal Bastian. Malgrado ciò gli facesse diagnosticare una lesione trasversa totale, pure intervenne operativamente. L'esito fu infausto e la necroscopia mostrò chiaramente la completa distruzione del midollo in corrispondenza del punto di frattura.

THORBURN (10) porta un largo contributo all'argomento per l'os-

servazione di 19 casi; egli vide sempre scomparsa dei riflessi e paralisi flaccida.

Bruns (11) riferisce su di un caso di lesione completa del midollo spinale, lesione dimostrata da lui per la prima volta con una ampia e minuta analisi microscopica e in cui clinicamente si aveva una conferma piena alle osservazioni del Bastian.

Casi simili riportarono successivamente Gherardt ed Egger (12), Hoche (13), Habel (14), Benvenuti (15), Marinesco (16), Westphal (17) Senator (18).

La interpretazione che il Bastian per il primo dava della sintomatologia delle lesioni trasverse della regione cervico-dorsale del midollo, non era che l'applicazione a questo soggetto della neuropatologia chirurgica, come già notammo per incidenza, delle idee e dei risultati che venivano in quell'epoca appunto acquisite alla scienza per riguardo alle funzioni cerebellari. E ciò primitivamente in Inghilterra e per opera di Hugklings Jackson (19).

Il fisiologo inglese era stato portato ad ammettere che il cervelletto esercitasse *un'azione continua e tonica sulla muscolatura*, azione contrapposta a quella del cervello, il quale invece esplicava sui muscoli una influenza clonica ed intermittente. Tolta l'azione del cervello, predomina quella delcervelletto ed è perciò che nei casi di emiplegia di origine cerebrale si ha una rigidità di genere spasmodico dei muscoli degli arti, venendo essi ad essere privati dell' influenza cerebrale e rimanendo invece esclusivamente sotto quella cerebellare. Ora il Bastian applicando queste idee del Jackson al proposito delle lesioni trasverse totali della regione cervico-dorsale della colonna vertebrale, veniva ad ammettere che in esse si aveva la mancanza del tono muscolare e dei riflessi tendinei e cutanei perchè per l'assoluta interruzione di continuità veniva ad essere tolto qualunque legame del midollo stesso sia col cervello sia col cervelletto.

L'azione tonica del cervelletto sulla musculatura veniva in seguito ampiamente confermata dalle esperienze del Ferrier, del Russel, del Turner e specialmente del Luciani. Il Luciani, (20) colle sue classiche dimostrazioni esperimentali, da lui ottenute in seguito alle ablazioni del cervelletto, ammise che esso insieme ad un'azione *statica-equilibratrice* sui muscoli, spiegava pure una influenza eminentemente tonica, per cui si accresceva la tensione muscolare. Quindi tolta l'azione cerebellare i muscoli, oltrechè perdere della loro energia (*astenia*) e della fusione dei loro movimenti, diventano flaccidi (*atonia*). Dall'anatomia e dalla fisiologia e particolarmente dalle minute ricerche di Ramon y Caial, del Marchi, del Mingazzini, del Van Gehucten, ecc. si venne a conoscere per quali vie attraverso il midollo spinale questa azione tonica cerebellare si esplicava.

E così si accertò che mentre per il fascio cerebellare diretto da una parte vanno al cervelletto fibre centripete di senso, le quali

originando dalle cellule delle colonne del CLARCKE, e situandosi sulla parte superficiale del cordone laterale, attraversano il midollo, il bulbo, e arrivano per i peduncoli cerebellari inferiori al cervelletto dello stesso lato, ricevendo ancora fibre dai nuclei di GOLL, di BURDACH, altre fibre partono dal cervelletto, si rendono in senso centrifugo al midollo spinale.

Fibre queste ultime esclusivamente di moto e il cui tragitto nel midollo non è ancora ben definito, ma sembra almeno, dalle ricerche del Marchi, che esse originando dal cervelletto scendano nel midollo, disseminandosi in modo irregolare nelle diverse regioni del cordone antero-laterale. Ora per le fibre sensoriali centiprete del fascio di Flechsig, arriverebbero al cervelletto i particolari impulsi efferenti del senso muscolare, mentre per le fibre motorie del Marchi partirebbero dal cervelletto e giungerebbero attraverso il midollo alle cellule motrici delle corna anteriori, particolari eccitazioni motorie efferenti le quali esplicherebbero la loro azione tonica sugli apparati neuro-muscolari periferici.

Applicando noi queste cognizioni per spiegare e sviluppare la sintomatologia enunciata dal Bastian per le lesioni midollari complete nella regione cervico-dorsale, possiamo ammettere che in esse per la completa sezione del midollo spinale si ha da una parte interruzione di tutte le vie cortico-cerebro-midollari, sia sensitive sia motorie, e come conseguenza nel quadro clinico si ha la paralisi di senso e di moto; di più si ha ancora la interruzione delle fibre cerebello-midollari sia centripete che centrifughe e questa abolizione loro spiega *la mancanza assoluta della tonicità muscolare e quindi dei riflessi tendinei.*

Dicemmo studiatamente e *quindi dei riflessi tendinei*, volendo nello stesso tempo indicare che una sola parte dell'attività riflessa viene abolita, *la tendinea* e che questa abolizione è conseguenza della perdita assoluta del tono muscolare.

Il BASTIAN invero nella sua comunicazione ammise che i movimenti riflessi cutanei nelle lesioni trasverse totali al di sotto della lesione erano aboliti e permanentemente; mentre invece potevano ricomparire i viscerali, quali il vescicale e il rettale. Ma già il Bowbly aveva osservata per il primo, la ricomparsa dei superficiali appena cessato lo shock, a cui egli attribuiva appunto la provvisoria assenza di essi: e altri in seguito tale fenomeno constatarono. La maggior parte però dei seguaci della teoria di Bastian ammisero e ammettono tuttavia l'abolizione di ogni specie di attività riflessa, compresi quindi i riflessi cutanei.

Il DURANTE (21) è di quest' ultima opinione; egli afferma a tal proposito contro l'opinione di Kocker (22), il quale ammette la ricomparsa dei cutanei, che nei casi in cui tale ricomparsa si manifesta non sia *naturale l'obbiezione se la lesione trasversa del midollo, per quanto estesa e profonda, non sia completa.*

Nei nostri casi abbiamo potuto colla massima certezza dimostrare quasi per tutto il periodo della malattia la presenza dei riflessi cutanei, sia degli addominali, sia dei cremasterici, sia degli scrotali, sia infine dei plantari. Secondo noi questo fatto è logico e crediamo che nella grandissima maggioranza dei casi di lesione trasversa completa i riflessi superficiali possono permanere o ricomparire dopo breve assenza, causata dallo shock. *Sono quelli tendinei che devono scomparire e scomparire durevolmente.* Perchè questi ultimi soltanto sempre devono scomparire? Perchè la loro presenza è intimamente legata a quella della tensione muscolare, del tono cioè dei muscoli. La mancata simultanea azione cerebrale e cerebellare, venendo completamente a cessare nelle lesioni trasverse totali, si ha la paralisi flaccida, l'assenza della tonicità muscolare, come già ampiamente dimostrammo e conseguentemente la mancanza dei riflessi tendinei, la quale è dovuta appunto alla soppressione delle eccitazioni toniche provenienti dai centri superiori. L'intimo legame della tensione muscolare coi riflessi tendinei, la dipendenza diretta di questi ultimi dalla prima è cosa si può dire universalmente ammessa.

Il Moebius (23), per citare uno dei più autorevoli, dice che « il comportarsi del riflesso tendineo va parallelo al comportarsi del tono muscolare, che di regola la vivacità di quello è direttamente proporzionale al grado di questo ».

Però per essere imparziali ci piace far noto che già dal 1897 il chiaro neuropatologo belga Van Gehucten (24) in una sua comunicazione sulla « *Esagerazione dei riflessi e sulla contrattura negli emiplegici e nei spasmodici* » ha negata questa connessione tra il tono muscolare e i riflessi tendinei. Ultimamente in un'altra sua comunicazione « *sullo stato dei riflessi e sulla contrattura nella emiplegia organica* » (25) ribadisce e riafferma questo suo concetto, appoggiandosi su un'osservazione propria e su qualche altra di Babinscki e di Mann, dove in casi di emiplegia flaccida cerebrale fu riscontrata esagerazione dei riflessi tendinei. Ma contro questi casi eccezionalissimi in cui, come giustamente nota il Marinesco (26), si ha probabilmente concomitante qualche altra grave lesione, sta tutta quanta la serie delle affezioni spasmodiche e delle affezioni tabetiche, nelle prime delle quali all'esagerazione del tono muscolare va sempre unita quella dei riflessi tendinei, mentre nelle seconde l'atonia muscolare è sempre accompagnata dalla abolizione dei riflessi tendinei. Quindi il volere separare il tono muscolare da questa attività riflessa tendinea, come vuole il Van Gehucten, è « uno sconvolgere le cognizioni che attualmente abbiamo a tale riguardo » Marinesco.

Anzi perchè il riflesso tendineo abbia luogo è necessaria assolutamente una certa tensione dei tendini che dipende in gran parte dal grado di contrazione del muscolo.

Quindi sembra a noi logico l'ammettere che l'abolizione dei riflessi tendinei sia legata a quella del tono muscolare.

I riflessi cutanei nei nostri casi invece hanno persistito. Noi crediamo a questo riguardo che la loro ricomparsa, cessato lo shock o la loro persistenza fino dal principio, debba essere la norma nei casi di lesione totale trasversa del midollo. Questi riflessi superficiali invero, come opportunamente nota il FOSTER (27) « sono di regola semplici e poco importanti ». Il riflesso cutaneo addominale e il cremasterico ad esempio, si risvegliano nel primo caso, perchè strisciando sulla pelle dell'addome i muscoli addominali si contraggono, nel secondo caso il testicolo si ritrae per l'irritazione della cute della faccia interna della coscia. Sono movimenti riflessi tipici, semplici che s producono mercè la contrazione di un muscolo o di un gruppo muscolare in seguito alla stimolazione della cute soprastante o vicina. Essi possono svilupparsi attraverso la via più breve dell'arco diastallico rispettivo, quindi essendo questo integro al di sotto di una lesione trasversa completa del midollo, essi possono permanere, non essendo legati intimamente, come i tendinei, alla tonicità muscolare. Se talora furono trovati mancanti nelle sezioni complete midollari si pensi che oltre all'azione potente esercitata su di essi dallo shock può concorrere il fatto che spesso la loro intensità ed estensione variano molto, pure nel sano « nel quale possono anche completamente mancare » MOEBIUS (28).

Riguardo in ultimo « ai riflessi vescicale e rettale » abbiamo visto come il Bastian (29) ammettesse che la vescica e il retto potessero in seguito riprendere in parte la loro funzionalità. Noi d'accordo colla grandissima maggioranza degli altri osservatori, abbiamo potuto escludere in modo certo simile ripristino delle facoltà mintoria ed evacuatrice.

E siamo propensi a spiegare tale fenomeno colla abolizione della tonicità dei corrispettivi sfinteri vescicale e rettale, dovuta in parte alla mancanza dell'azione tonica che il cervelletto eserciterebbe pure sulla vescica e sul retto. Il MARINESCO (30) invece inclina ad ammettere che nella perdita della tonicità sfinterica si tratti di una vera paralisi o paresi che è sotto la dipendenza in gran parte dell'abolizione della sensibilità di questi organi. Ma siffatta scomparsa noi non abbiamo trovato, almeno per ciò che riguarda la vescica, nei nostri due casi: gli ammalati infatti avvertivano lo stimolo ad urinare e percepivano il passaggio dell'urina. (Fatto questo su cui ritorneremo fra breve per spiegarlo convenientemente).

*
* *

Contro la teoria di BASTIAN JACKSON furono, non appena essa venne enunciata, mosse obbiezioni e contestazioni di fatto, cercando di impugnare dapprima i sintomi messi in evidenza dal BASTIAN nelle lesioni trasverse totale del midollo. Si negò infatti che vi fosse scomparsa dei riflessi tendinei e del tono; questi fenomeni secondo gli op-

positori si verificavano bensì ma in maniera puramente transitoria ed erano da attribuirsi all'effetto unicamente dello shock, per il grave traumatismo. BASTIAN stesso e il BOWBLY eliminarono subito questa contestazione recando l'osservazione di parecchi casi, in cui i pazienti erano rimasti in vita per mesi e mesi e nei quali si ebbe permanentemente paralisi flaccida e abolizione dei riflessi tendinei, quindi persistenza di essi anche dopo sparita ogni traccia di shock. BOWBLY (31) riferisce invero, fra gli altri, un caso in cui il paziente visse ancora dieci mesi dopo l'infortunio e i riflessi tendinei mai ricomparvero.

Nel nostro primo caso si potè dopo poche ore escludere l'influenza dello shock, pure i riflessi tendinei furono costantemente e permanentemente aboliti per tutto il decorso della malattia. Nel 2.° caso, in cui il paziente visse ancora di più, lo shock non ebbe nessuna influenza sulla durevole scomparsa dell'attività riflessa tendinea e del tono muscolare.

Altra contestazione di fatto mossa alla teoria del Bastian si fu che nei casi di lesioni trasverse totali riferiti sia dal Bastian stesso che dai sostenitori delle sue idee, la scomparsa assoluta del tono muscolare e dei riflessi era da attribuirsi ad una concomitante alterazione della sostanza grigia del rigonfiamento lombare, per cui passa l'arco diastaltico dei riflessi tendinei per gli arti inferiori; quindi la abolizione loro sarebbe stata unicamente da attribuirsi alla interruzione dell'arco diastaltico stesso. Già lo stesso Bastian e in seguito Bowbly, Thorburn ed altri rispondevano a questa obbiezione, notando che nei casi da loro osservati il midollo spinale macroscopicamente non presentava alterazioni anatomiche sospettabili in tale punto. Ma il BRUNS ancora più nettamente troncò tale questione, recando per il primo l'osservazione di un caso di lesione trasversa totale, in cui egli, con minuta indagine microscopica, potè accertare l'assoluta integrità del rigonfiamento lombare. Esami microscopici di altri casi si susseguirono ed Habel, Marinesco, Senator, Benvenuti poterono confermare completamente i risultati del Bruns. Nei nostri casi pure riscontrammo integrità degli elementi costituenti il rigonfiamento lombare.

Il BRISSAUD (32) al *Congresso francese* di *Psichiatria e Neuropatologia*, tenutosi nell'Agosto dell'anno 1898 ad Angers, a proposito della relazione da lui fatta *su di un caso di mielite trasversa*, cercò di negare la sindrome del Bastian e di ristabilire invece, in una colla sintomatologia, la vecchia teoria del suo Maestro CHARCOT.

Si trattava di un uomo di 41 anno che 5 anni innanzi aveva contratta sifilide. Quattro anni dopo cominciò ad accusare dolori lombari e difficoltà nella deambulazione: tali disturbi andarono sempre aumentando. Dopo due giorni di permanenza nella Clinica, furono accertati tutti i sintomi di una paraplegia spastica, con esagerazione

dei riflessi rotulei, scosse muscolari, tremori, paralisi degli sfinteri, ecc. Questo stato persistette per 3 o 4 mesi, poi la paraplegia da spasmodica divenne fiaccida, furono aboliti i riflessi rotulei, mancò il clono del piede, ecc.

L'esame anatomico e microscopico dimostrò trattarsi di una *meningo-mielite tipica*, occupante un'altezza di 4 cm. circa, che equivaleva ad una vera sezione del midollo spinale. Brissaud poi, spingendo ancor più le sue investigazioni ed avendo esaminate le corna anteriori del midollo, i nervi periferici, ed i muscoli, riscontrò in tutti questi elementi delle alterazioni e specialmente una vera distruzione di tutti i nervi periferici, che erano la sede di una nevrite parenchimatosa tipica.

Quindi, conclude il BRISSAUD, è per queste ultime lesioni che la paralisi era diventata flaccida ed i riflessi eran venuti a mancare: perciò per poter dichiarare falsa la teoria di CHARCOT, bisogna praticare un esame completo di tutti gli elementi che servono alla trasmissione della corrente nervosa, dal centro alla periferia, bisogna insomma che non vi sia interruzione nell'arco dei movimenti riflessi.

A questa comunicazione del BRISSAUD a me sembra si possa obbiettare che il cercare di dimostrare la continuità dell'arco diastaltico fu sempre la cura massima del BASTIAN; che del resto tale fu sicuramente dimostrata dal BRUNS e ultimamente dal BENVENUTI e che tale continuità infine noi pure abbiamo riscontrato nei nostri casi ove si trattava di individui colpiti dall'infortunio nella piena vigoria del loro organismo, nei quali a priori si deve escludere fosse mai esistita qualunque forma di lesione dei nervi periferici nè prima nè dopo il trauma; non prima perchè nulla nella anamnesi loro accenna neppure lontanamente a lesione nervosa di qualunque sorta. non dopo perchè è durante il decorso della malattia e in seguito al tavolo anatomico, l'arco dei movimenti riflessi resultò integro e non interrotto nella sua continuità, e pure integro fu trovato il rigonfiamento lombare colle radici nervose che da esso si dipartono. Che vuol dire se nel caso di BRISSAUD i nervi periferici erano distrutti? Ciò era un fatto che si aggiungeva a quello della mielite trasversa per spiegare ancora meglio la comparsa della paralisi flaccida e la cessazione dei riflessi: ma fosse pure esistita da sola la semplice mielite trasversa, essa sarebbe bastata a produrre la sindrome del BASTIAN.

Altri ammettono bensì la sintomatologia del BASTIAN, ma cercano di spiegarla altrimenti che dovuta alla perdita simultanea dell'influenza cerebrale e cerebellare.

Alcuni (STERNBERG, HERBER, e GERHARDT) ammettono che l'abolizione dei riflessi tendinei, più che a un fatto di deficit, sia da attribuirsi ad un fatto irritativo di inibizione. Dal punto leso verrebbero continuamente trasmesse ai centri dei movimenti riflessi sotto

giacenti delle irritazioni le quali secondo tali autori produrrebbero un arresto dell'attività riflessa. Ma per quali vie, essendo quelle discendenti già distrutte, si trasmettono questi impulsi? Perchè hanno potere di arrestare soltanto i riflessi profondi e non i superficiali? E poi come si spiega questa inibizione, e così a lungo per mesi ed anni, in certi casi?

Non meno fortunata è secondo noi l'opinione avanzata dall'Egger, secondo cui l'abolizione dei riflessi tendinei e del tono muscolare sarebbe dovuta ad una paralisi funzionale della sostanza grigia, per cui si avrebbe una interruzione dinamica dell'arco diastaltico dei riflessi tendinei. Questa paralisi funzionale genererebbe quindi una atrofia muscolare, la quale potrebbe a sua volta mantenere l'abolizione dei riflessi anche cessata l'azione paralizzante della sostanza grigia.

Ad Egger si può anzitutto obiettare che dal momento che questa paralisi della sostanza grigia al di sotto della lesione agirebbe interrompendo funzionalmente l'arco diastaltico dei riflessi, non si sa perchè i riflessi superficiali vengano nella maggioranza dei casi risparmiati. L'atrofia muscolare può avere ulteriormente un'influenza nella scomparsa dei riflessi, ma ciò soltanto molto tempo dopo, mentre non è ammissibile che una paralisi funzionale duri così a lungo. Nei nostri casi nei quali per tutto il decorso della malattia si ebbe scomparsa dei riflessi tendinei, in uno per 29 giorni, nell'altro per 33, i fatti di atrofia muscolare erano pressochè nulli.

Il Senator nella comunicazione da noi già citata viene a conclusioni che, se fossero realmente da accettarsi, produrrebbero una grande incertezza per riguardo all'abolizione o no del tono muscolare e dei riflessi nelle lesioni trasverse del midollo. Egli non ritiene per falsa la teoria del clinico inglese, ma dice però che è inesatto e non corrispondente alla realtà dei fatti osservati, il ritenere che l'abolizione e la paralisi flaccida di moto e di senso degli arti inferiori siano una regola costante e senza eccezione nelle lesioni complete, trasversali della regione cervico-dorsale del midollo spinale. E a sostegno di questa sua idea egli riporta ed illustra due casi clinici, uno dei quali sarebbe una conferma alla teoria del Bastian, mentre l'altro sarebbe in aperta contraddizione con essa.

Nel primo caso si trattava di una frattura della colonna vertebrale in corrispondenza della VII vertebra cervicale con lesione completa del midollo spinale. Qui si aveva la fenomenologia solita del Bastian e cioè abolizione completa della sensibilità, paralisi flaccida degli arti inferiori, abolizione completa dei riflessi tendinei patellari, del clono del piede e dei riflessi cutanei, nonchè paralisi del retto e della vescica.

Nel secondo caso invece si trattava di una donna di 36 anni, nella quale, durante il decorso nella malattia ed ancora tre mesi avanti la morte, si osservò esagerazione dei riflessi rotulei e paralisi spastica dei muscoli degli arti inferiori.

Or bene, dice il SENATOR che l'autopsia e più il risultato dell'esame microscopico dimostrò trattarsi di una lesione completa del midollo spinale, dovuta alla presenza di un *psammo-sarcoma della dura madre*, il quale aveva invaso il midollo, nella regione cervicale inferiore e a livello del quale, dalle ricerche microscopiche fatte dal SENATOR, non esisteva più traccia alcuna di sostanza nervosa.

Come spiegare allora questa contraddizione nei due casi?

Il SENATOR richiama all'attenzione dei neuropatologhi un lavoro sperimentale, eseguito ultimamente da ROSENTHAL e MENDELSHON, secondo il quale la scomparsa dei riflessi non avviene, come si credeva per la comune teoria, per la via più breve attraverso il midollo spinale, ma sibbene sotto diverse condizioni i riflessi possono trasmettersi per altre vie.

Ora, dice il SENATOR, si può ammettere che in condizioni patologiche, se è interrotto l'usuale percorso, queste altre strade succenturiate possono essere percorse, ma però non sempre, e così si spiegherebbe l'eccezione alla regola.

Ma nel caso riferito dal SENATOR il solito arco dei riflessi lombari non era interrotto perchè la lesione della sostanza grigia era molto più in alto, nella regione cervicale e quindi non dovevano entrare in giuoco altre vie succenturiate senza contare che riesce difficile capire il perchè se esse vie esistono realmente, debbano spiegare la loro azione non sempre, ma in un numero di casi molto limitato.

Non è più ovvio invece di obbiettare al Senator che nel secondo caso da lui riferito, il tumore, il psammo-sarcoma, non aveva completamente sostituito il tessuto nervoso, ma di questo sia alcune fibre, sia alcune cellule, erano rimaste impigliate fra gli elementi del neoplasma e non furono facilmente dimostrate dalla ricerca anatomica? Allora il caso rientrerebbe nelle lesioni incomplete del midollo e così si capirebbe benissimo, e l'esagerazione dei riflessi e la paralisi spastica degli arti inferiori.

Concludendo quindi in merito alla sintomatologia delle lesioni complete trasversali della regione cervico-dorsale del midollo spinale noi ammettiamo che in esse al di sotto del punto leso si ha immediatamente.

I. « Paralisi flaccida di moto e paralisi di qualunque specie di sensibilità ».

II. « Abolizione permanente dei riflessi tendinei profondi e dei viscerali vescicale e rettale ».

III. « Persistenza frequente o ricomparsa dei riflessi superficiali cutanei ».

Per converso ammettiamo che « la esagerazione della tonicità muscolare e dei riflessi tendinei sia indice di una lesione midollare non completa ».

*
* *

Dopo avere così cercato di dimostrare come la teoria di Bastian per spiegare la sintomatologia clinica, da lui ammessa per le lesioni trasverse totali della porzione cervico-dorsale del midollo spinale, nella sua idea informatrice abbia un sub-strato logico e naturale nelle cognizioni che si sono venute mano mano acquistando nel campo della anatomia e della fisio-patologia del cervelletto, dopo avere conseguentemente cercato di interpretare e di sviluppare alla stregua di queste nozioni il meccanismo a cui tale sintomatologia sarebbe legata: dopo averla in qualche punto modificata, abbiamo in ultimo visto come le obbiezioni mosse a tale teoria non reggano ad una disamina ed a una critica minuta e attenta.

Ora volendo noi trarre partito da questo studio intorno alla sintomatologia delle lesioni midollari per applicarne le proposizioni che noi riteniamo come vere e decisive, alla constatazione della lesione patologica nei due casi nostri, dobbiamo subito dire che la diagnosi di una completa scontinuità del midollo, tanto nell'un caso come nell'altro, ci si imponeva. Chè in ambedue la paralisi di moto con l'assenza permanente della tonicità muscolare e dei riflessi tendinei, la paralisi di senso, l'abolizione della funzione vescicale e rettale, la conservazione dei riflessi superficiali ci indicavano chiaramente che l'agente traumatizzante doveva avere completamente distrutto il midollo spinale in una sezione della sua porzione dorsale superiore. Ma volendo essere conscienziosamente minuziosi e non trascurare quindi anche quei particolari che a tutta prima possono essere ritenuti come di non lieve momento, dobbiamo dire come in sulle prime un fatto non tanto facilmente occorrente, ci poteva insinuare qualche dubbio sulla assoluta interruzione trasversale del midollo spinale.

Voglio accennare al fenomeno avvertito da ambo gli ammalati *della percezione sensitiva allo stimolo ad urinare.* Ad una superficiale considerazione veniva quasi fatto di subito ammettere che in mezzo a quella grave distruzione trasversale delle vie centrifughe di moto e di quelle centripete di senso del midollo, alcune di queste ultime (sapendosi che il centro vescicale è nel cono midollare, quindi assai al di sotto del punto di lesione) fossero rimaste integre nella loro continuità tanto da potere ancora arrecare ai centri corticali gli stimoli afferenti della sensibilità vescicale. Ma questa supposizione, che doveva necessariamente far ammettere una non totale sezione del midollo, credemmo di potere logicamente escludere, supponendo che non tutte le fibre sensitive della vescica, decorrenti, come si sa, nel simpatico, entrino nel midollo spinale ad uguale altezza, e che alcune di esse quindi nei casi nostri siano penetrate in esso al di sopra della lesione.

Un altro fenomeno di una certa importanza poteva a tutta prima

sembrare quello *della diminuzione della zona di sensibilità nel primo caso, fatto* che ci poteva far pensare ad un risveglio di vitalità nel midollo. Ma questa diminuzione, essendosi verificata subito dopo l'applicazione dello apparecchio di Volkmann e non avendo più progredito affatto, era probabilmente e unicamente dovuta a ciò che per l'estensione da esso apparecchio prodotta, qualche frammento o pezzo osseo fratturato e lussato era ritornato al suo posto, cessando dal fare compressione sul moncone midollare al di sopra della sezione e di conseguenza era scomparsa quella zona di ottusità sensitiva da tale compressione dipendente. Eliminate quindi queste due sorgenti di dubbio nei nostri casi potemmo con certezza assoluta ammettere in essi una lesione anatomica tale del midollo che lo scontinuava completamente per un tratto trasversale del suo percorso.

L'esatta quindi ed esclusiva valutazione dei fenomeni nervosi ci permise tanto nell'uno caso come nell'altro di emettere simile giudizio diagnostico, giudizio completamente, come vedemmo, confermato dal reperto necroscopico e dalla indagine microscopica.

Ora ammesso nei nostri casi il concetto della lesione trasversale totale del midollo spinale, ne conseguiva l' assoluta irremediabilità della lesione stessa, non essendo possibile reintegrare il midollo sezionato completamente in un punto del suo percorso. Ogni idea quindi d' intervento doveva necessariamente abbandonarsi, come inutile e illogica. Ma se noi non avendo valutato esattamente e alla stregua delle ultime cognizioni acquisite la fenomenologia nervosa midollare, sia considerandola nell'insieme dei suoi sintomi, sia esaminando questi partitamente, non ci fossimo resi completamente edotti della grave inguaribile lesione midollare in modo da essere rimasti dubbiosi sulla sua entità e ci fossimo allora rivolti, e in modo precipuo, alla considerazione della lesione ossea, avrebbe potuto questo esame rischiararci ulteriormente e fornirci un giusto criterio per l'intervento ?

Noi non esitiamo a rispondere che siffatto esame da solo non avrebbe potuto arrecarci dati maggiori e più certi, non solo, ma in ambidue i nostri casi il criterio che noi avremmo potuto conseguire colla più attenta e minuziosa indagine della lesione dello speco vertebrale, avrebbe dovuto farci ammettere come indicato e necessario l'intervento chirurgico.

Nel primo dei nostri pazienti l'anamnesi ci aveva fatti avvertiti che il trauma aveva agito sulla colonna vertebrale in modo indiretto. Il malato cadendo da una considerevole altezza aveva subito un esagerato movimento di estensione della porzione dorsale della sua colonna vertebrale. L' esame obiettivo praticato sull' infermo ci aveva fatto distintamente apprezzare un rumore di crepitio, e una motilità anormale di frammenti ossei in corrispondenza della IV. e V. ver-

tebra dorsale, indizii certi, insieme alla dolorabilità spiccatissima in quel punto, di una frattura o delle apofisi spinose o degli archi vertebrali o degli uni e degli altri insieme. Il pezzo o i pezzi dello scheletro vertebrale frantumati dovevano necessariamente avere leso il midollo spinale, introflettendosi e premendo contro di esso o in qualche altro modo danneggiandolo. La lesione ossea però si era limitata parzialmente alle apofisi spinose o alle lamine vertebrali, come chiaramente ci indicava il semplice esame clinico dei sintomi ossei, oppure anche il corpo vertebrale corrispondente era stato intaccato dall'agente traumatizzante, in modo che non con una semplice lesione parziale della colonna si aveva a che fare, ma con una frattura trasversa completa?

Diagnosi questa differenziale di grande importanza, perchè realmente le concomitanti lesioni midollari variano assai nei due generi di lesione.

A sciogliere tale questione il reperto obbiettivo ricavato dall'esame della località offesa non ci bastava; dovevamo considerare il meccanismo secondo cui la frattura era avvenuta. E diciamo subito che questa ricerca ci doveva far subito propendere per la frattura totale della colonna. Tali fratture invero, come per il primo dimostrò sperimentalmente il BONNET, sono quasi esclusivamente dovute ad una azione indiretta; un individuo cadendo dall'alto viene a battere sul suolo sia col capo, sia col dorso, coi piedi o col bacino e per un esagerato movimento di estensione e di flessione della colonna vertebrale si genera una frattura di essa che comprende corpo e archi vertebrali e apofisi spinose. Riferendoci al nostro caso speciale, l'individuo cadendo dall'altezza di circa sei metri era venuto a battere colla fronte sul terreno e in corrispondenza della regione dorsale superiore si era avuto un movimento di flessione all'indietro tale che la regione occipitale era quasi venuta a toccare la regione del dorso. Ora per questo movimento che si era spinto al di là dei limiti normali, noi dovevamo immaginare che la curvatura dorsale a concavità anteriore della colonna in quel punto aveva mano mano dovuto scomparire fino a diventare la colonna retta, e poi curva verso l'indietro. Il grande legamento vertebrale anteriore steso esageratamente doveva avere finito per cedere e il corpo vertebrale *per strappamento*, come ammette lo CHEVERDEUGNE o per *schiacciamento*, secondo MOLLIÈRE e BOURDON, si doveva essere diviso e fratturato, mentre continuando ancora la flessione esagerata verso l'indietro per l'urto e la compressione fra di loro degli archi vertebrali e delle apofisi spinose, queste avevano dovuto finire col frantumarsi. Ora la gravità di simili fratture totali del rachide è dovuta non tanto alla maggiore entità del trauma che agisce sull'organismo quanto specialmente alla più estesa e grave lesione midollare che esse arrecano, lesione la quale è dipendente esclusivamente dalla frattura del corpo vertebrale e più precisamente dal dislocamento dei suoi frammenti.

Perchè mentre nelle fratture parziali delle apofisi spinose e degli archi, le lesioni del midollo sono prodotte dalla semplice pressione dei frammenti ossei, in quelle totali da causa indiretta, come giustamente nota lo CHIPAULT (33) la pressione è dovuta « al peso di una parte più o meno grande dell'individuo, dislocante il segmento superiore del rachide sull'inferiore ». Uno dei due frammenti del corpo fratturato scivolando sull'altro, produce una diminuzione notevole del lume del canale rachidiano e il frammento spostato venendo a contatto e premendo, in genere in modo assai violento sul midollo spinale e sui suoi involucri, lede l'uno e gli altri. Dalla semplice emorragia negli spazii peridurali comprimente il midollo attraverso una serie di stati intermedii si può giungere fino alla completa sezione per lacerazione o spappolamento della sostanza midollare. E certamente quest'ultima condizione è una delle più frequenti ed ovvie nelle fratture totali dello speco vertebrale, tanto che KIRMISSON (34) giustamente notava all' 8.° *Congresso francese di Chirurgia*, tenutosi a Lione nel 1894, che la grandissima parte degli insuccessi operatorii sulla Chirurgia del rachide sono dovuti agli interventi in simile genere di frattura.

Quindi nel caso nostro mentre il semplice reperto della obbiettività clinica ci faceva chiaramente distinguere una frattura delle apofisi spinose e probabilmente anche degli archi vertebrali della IV e V vertebra dorsale, la ricerca del meccanesimo ci induceva pure ad ammettere una frattura del IV o del V corpo vertebrale. E avuto riguardo alle speciali condizioni sotto le quali simili fratture si avverano, potevamo logicamente supporre una grave lesione midollare. Ma ragioni assolute e certe per ammettere una lesione totale, irreparabile del midollo, il reperto clinico dei sintomi ossei e del meccanesimo di frattura non era in grado di fornirci. Quindi su ciò si poteva rimanere dubbiosi. E allora considerando da una parte la possibilità pur lontana di potere arrecare un rimedio alla offesa midollare e dall'altra obbedendo al risultato della indagine clinica della lesione ossea, che indicava intanto di togliere via i segmenti ossei posteriori fratturati non solo, ma di fare scomparire ancora la salienza ossea anteriore data dal probabile dislocamento di uno dei frammenti del corpo vertebrale fratturato, il Chirurgo poteva ragionevolmente accettare l'idea dell'intervento attivo immediato. Intervento a vero dire in queste condizioni assai grave, ma però praticabile e reso più sicuro e meno pericoloso dalla antisepsi e dalle conquiste della tecnica nel campo della Chirurgia del rachide. Lo CHIPAULT (35) a questo proposito ne descrive ampiamente il metodo operatorio, insistendo sul fatto che in questi casi di fratture totali « la laminectomia si deve eseguire largamente, in modo che essa non attacchi solamente l'elemento posteriore della compressione, ma ancora quello anteriore ». E soggiunge che l'operatore « deve tentare di ridurre l'angolo for-

mato dal corpo vertebrale con adatte manovre di estensione e controestensicne, seguendo i frammenti ossei sia col tatto, sia colla vista oppure, quando questi tentativi non riescano, deve portare via l'anormale prominenza colla sgorbia e col maglietto.

Dove però assai più nettamente l'osservazione della lesione vertebrale indicava e spingeva per così dire ad una energica ed immediata intrapresa chirurgica si è nel secondo caso. Quivi e l'esame dell'obbiettività clinica ossea e quello del meccanesimo di frattura completamente si accordavano per far ritenere come impellente e necessario l'intervento del Chirurgo, tanto più in considerazione della semplicità e poca gravezza della manualità operatoria che esso avrebbe richiesto.

La ricerca dello stato della colonna vertebrale invero ci convinceva della isolata frattura di apofisi spinose o di archi vertebrali. Sentivamo degli schicchiolii, dei crepitii lungo la porzione dorsale specialmente dalla IV alla VII dorsale; sentivamo ancora una depressione dei pezzi posteriori della colonna in tale punto e una mobilità anormale di essi con vivissima dolorabilità. Il meccanesimo della lesione ossea, all'incontro di ciò che ci aveva indicato nel primo caso, quivi ci dava fortemente a pensare che la frattura non si fosse estesa oltre ai corpi vertebrali.

Difatti la statistica e l' esperienza clinica ampiamente confermano che le fratture isolate di apofisi spinose e di lamine vertebrali riconoscono quasi sempre come momento etiologico una causa agente direttamente, come ad esempio un calcio di cavallo che venga a colpire la colonna oppure, come nel caso nostro, la caduta su di essa di un corpo da una data altezza. I frammenti ossei fratturati e dislocati vengono introflessi contro il midollo spinale e premendo su di esso dànno luogo ai disturbi nervosi, disturbi i quali essendo dovuti appunto, come già notammo, alla semplice pressione esercitata sul midollo dai detti frammenti non sono certamente della grave entità di quelli che si riscontrano nelle fratture totali da causa indiretta. Quindi, da qualunque punto di vista noi considerassimo le modalità della lesione ossea, il concetto dell' immediato intervento chirurgico allo scopo di togliere i frammenti ossei comprimenti si imponeva tanto più considerando, lo ripetiamo, la poca gravezza e la grande semplicità di simile atto.

Ma contro questa linea di condotta chiaramente anche qui, come nel caso primo, si opponeva la convinzione precedentemente ricavata dall'esame attento della sindrome nervosa, che la lesione del midollo doveva essere certamente e irremediabilmente completa, totale. E questa nostra convinzione riceveva la piena conferma e spiegazione dal reperto necroscopico prima e successivamente da quello istologico. Alla autopsia nel primo caso trovammo infatti che la supposta da noi frattura totale della IV, V apofisi spinose e del IV corpo vertebrale

dorsale aveva prodotto una lacerazione del midollo spinale e dei suoi involucri per il tratto verticale di circa 3 cm. Nel II caso trovammo in corrispondenza della IV, V, VI, VII dorsale una frattura delle apofisi spinose e degli archi vertebrali; ma la lesione ossea non si era limitata a questi segmenti posteriori della colonna; contro la nostra supposizione vi era pure una frattura del corpo della VII dorsale. In corrispondenza del sito della frattura, non si era avuto una lacerazione nè del midollo nè della dura madre, come nel primo caso, ma si aveva avuto però un completo spappolamento della sostanza midollare; essa in tal punto era ridotta ad una informe poltiglia di tessuti mortificati e pesti, dove il microscopio non potè rintracciare segno alcuno di vitalità negli elementi nervosi midollari. Tale era stata la intensità dell'agente traumatizzante che esso nella sua azione non si era arrestato, come comunemente succede, alle apofisi spinose e agli archi vertebrali, ma continuando oltre nella sua compressione aveva ancora depresso e scontinuato il VII corpo vertebrale, schiacciando così il midollo in quel tratto dorsale della colonna.

Con l'esposizione di questi due nostri casi abbiamo voluto dimostrare come nella terapia dei traumatismi della colonna vertebrale interessanti pure la integrità del midollo spinale l'opera del Chirurgo debba essere precipuamente illuminata da una esatta e moderna conoscenza della fisio-patologia midollare. Un giusto apprezzamento della fenomenologia nervosa è quello che deve far decidere l'operatore. E mentre l'azione sua, se spiegata in casi in cui la diagnosi clinica dei fatti nervosi fa sicuramente ammettere una lesione parziale del midollo, può riuscire immensamente giovevole agli ammalati, tale azione rimarrà assolutamente inefficace, in quei casi, come i nostri due, in cui il quadro nervoso da parte del midollo ci rende chiaramente edotti della sua completa scontinuità trasversale. Lo Chipault nei suoi *Etudes de Chirurgie médullaire* rileva come in una statistica da lui diligentemente e accuratamente raccolta di 150 interventi in traumatismi del rachide, si hanno appena 12 guarigioni e 24 miglioramenti. E alla identica scarsità di risultati sono improntate le successive comunicazioni di *Newton*, di *Rigg*, di *Pyle*, di *Weity*, di *Thorburn*, di *Morse*, di *Mugnai*, di *Jacobelli*. Ora dalla statistica dello Chipault come dalle singole comunicazioni degli altri autori si ricava la convinzione che l'esito infausto di tanti casi va quasi unicamente attribuito al fatto che in essi la lesione midollare era gravissima. In molti di quei casi probabilmente una più attenta interpretazione dei fatti clinici nervosi avrebbe potuto, assicurando nel Chirurgo il concetto della lesione totale del midollo, risparmiare l' intervento chirurgico. Questo certamente è andato sempre più semplicizzandosi o rendendosi accessibile in questi ultimi anni: le grandi conquiste dell'antisepsi hanno ancora, e specialmente

nel campo della terapia delle affezioni nervose cerebrali e midollari, permesso di intraprendere atti arditi e prima ritenuti eminentemente pericolosi. Il tanto temuto danno delle infezioni accidentali in queste operazioni del midollo è oggi quasi completamente eliminato. Ma se questo fatto della maggiore accessibilità e sicurezza di manualità operatoria può spiegarci in parte il perchè di sì numerosi interventi nei quali la lesione midollare doveva apparire gravissima, non giustifica però completamente simili intraprese. Il Kirmisson appunto nella sua già citata relazione sulla chirurgia del rachide, riferendosi agli atti operativi su di esso eseguiti osserva: « La chirurgia antisettica è » definitivamente stabilita su basi incrollabili. Conformandosi stret- » tamente ai principii del metodo non vi sono, per così dire, più limiti » alle intraprese chirurgiche. Ma il momento è venuto per domandarsi » quale è il valore reale di questi arditi tentativi, di fare il bilancio » delle conquiste operatorie della moderna chirurgia ». Ora ad ottenere il più esatto possibile simile bilancio il migliore mezzo si è di valutare completamente sotto l'aspetto nervoso i singoli casi di traumatismi della colonna. E rifiutando l'opera nostra attiva in quei casi nei quali avremo conseguita la convinzione certa della gravità della lesione midollare, potremo sempre più nettamente riconoscere e sceverare quegli altri casi in cui per la non completa offesa del midollo l'intervento chirurgico potrà arrecare migliorie notevoli o guarigioni durature.

Bibliografia.

1. **Jacobelli Filiberto.** — Su di un caso di frattura non frequente della colonna vertebrale. La Clinica Chirurgiça N ° 8, anno 1899.
2. **Charcot J. M.** — Lezioni sulle malattie nelle localizzazioni del cervello e del midollo spinale. Versione italiana di E. Targioni, pag. 321-322, Napoli anno 1886.
3. **Duplay** et **Reclus** — Traité de Chirurgie, Tome III, pag. 636, Paris.
4. **Le Dentu** et **Delbet.** — Traité de chirurgie clinique et opératoire, Tome IV, pag. 897, Paris 1897.
5. **Durante Francesco.** — Trattato di patologia e terapia chirurgica, Volume III, pag 341, Roma 1898.
6. **Bastian Charlton** — On the symptomatology of the total Ingjury to the spinal Cord The Lancet, 1 march 1890.
7. **Bowbly.** — Bastian Charlton, luogo citato
8. **Bowbly.** — The Reflexes in Cases of Ingjury to the spinal Cord The Lancet, Juny 1890.
9. **Page Herbert** — A clinical Lecture upon three Cases of Fractures-dislocations of the spine with total transverse Lesion of the spinal Cord. The Lancet February 1896
10. **Thorburn.** — The Reflex in Cases of total tranverse Lesion the spine The Brain Anno 1892.
11. **Bruns S.** — Archiv für Psychiatrie und Nerven Krankheiten Band XXV 1893 und Band XXVIII, 1897.
12. **Gherardt und Egger.** — Mendel's Neurolog Centralblatt S. 81, 1895.
13. **Hoche.** — Ibidem S. 551, 1896
14. **Habel.** — Archiv für Phsychiatrie und Nervenk. Heft 1, 1897.
15. **Benvenuti E.** — Contributo allo studio clinico ed anatomo-patologico del midollo spinale. Annali di Nevrologia XV, 1897.
16. **Marinesco.** — Sur les paraplégies flasques par compression de la moelle. La Semaine Médicale N.° 20. 1898.

17. **Westphal.** — Archiv für Psychiatrie und Nervenk. Band XXX, Heft 2 1898.
18. **Senator.** — Zeitschrift für klinische Medicin. Band XXXV, Heft 1 und 2, 1898.
19. **Jackson Huglinks.** — Britisch Medical Journal 1888.
20. **Luciani L.** — Il cervelletto. Studii di fisiologia normale e patologica, 1891 Firenze.
21. **Durante F.** — Luogo citato.
22. **Kocker.** — Die Verletzüngen der Wirbelsaüle, zügleich als Beitrag zür Phisiologie der menschlichen Rückenmarks. Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin and Chirurgie 1 und 4, 1898.
23. **Moebius P G** — Diagnostica generale delle malattie nervose Versione italiana di Silva B, pag. 64.
24. **Van Gehuchten.** — L'exagération des réflexes et la contracture chez l'hémiplégique et chez le spasmodique. Journal de Neurologia pag. 89, anno 1897.
25. **Van Gehuchten** — L'état des réflexes et la contracture dans l' hémiplégique organique La Semaine Médicale pag. 507, anno 1898.
26. **Marinesco.** — Recherches sur l' atrophie musculaire et la contracture dans l' émiplégie organique. La Semaine Medicale pag. 465, anno 1898.
27. **Foster.** — Trattato di Fisiologia. Versione italiana del Dott. F. Bottazzi. Parte III, Libro III, pag. 826.
28. **Moebius P. G.** — Luogo citato, pag. 147.
29 **Bastian Charlton.** — Luogo citato.
30. **Marinesco.** — La Semaine Médicale pag. 156, anno 1893.
31. **Bowbly.** — Luogo citato.
32. **Brissaud.** — Myelite transverse et paraplégie flacide. La Semaine Médicale pag. 338, anno 1898.
33. **Chipault.** — Maladies du rachis et de la moelle nel Trattato di chirurgia clinica ed operatoria di Delbet et Le Dentu, Vol. IV, pag. 891, anno 1897.
34. **Kirmisson.** — De l' état actuel de la Chirurgie du Rachis. VIII Congrés Français de Chirurgie. Paris 1894.
35. **Chipault.** — Luogo citato, pag 903.
36. **Chipault.** — Études de chirurgie midullaire, 1894 Paris.

L' argomento del giorno

Lo Czerny, il valoroso chirurgo di Heidelberg, ha pubblicato nella *Deutsche medicinische Wochenschrift* un articolo dal titolo — *i progressi della chirurgia negli ultimi cinque lustri* —, che è splendido per i concetti e per gli ammaestramenti che dà. Mi proverei a riassumerlo, ma sarebbe un guastarlo; conviene che lo traduca letteralmente, perchè è di sicuro questo il più bell'argomento che io posso trattare in questo numero della Clinica.

« Se vi domando chi sia quel medico che, durante l'ultimo quarto di questo secolo. che sta per finire, abbia segnata orma più profonda nel campo della chirurgia, si dovrà per primo nominare Giuseppe Lister.

I suoi lavori cominciarono già ad apparire verso il 1870, ma non acquistano solida base teorica, nè pratico sviluppo, altro che in grazie dello studio delle malattie infettive. Ed è pure merito esclusivo dei chirurghi tedeschi il passaggio dall'antisepsi fenica al sublimato, e da questo alla medicazione asettica delle ferite. Per quanto sieno conosciute le conseguenze delle dottrine di Lister per la chirurgia operativa e pel trattamento delle ferite, pur tuttavia bisogna convenire che la loro applicazione teorica e pratica è ancora ben lontana dall' essere stabilita. Così la questione sull'importanza della quantità e della qualità dei bacteri chiede ancora ulteriori delucidazioni, al pari della questione riguardante la disposizione e l' intensità della forza di resistenza vitale in un organismo malato, forza che in pratica s'incomincia a stimare ognor più degli stessi antisettici chimici.

Nell'avvenire, per la disinfezione delle mani e del campo operatorio, i mezzi fisici e meccanici, che hanno già riportata vittoria sulla sterilizzazione degli strumenti e degli oggetti da medicazione, dovranno essere grado a grado ricondotti alla loro prima maniera. Sapone e molta acqua calda; pulizia minuziosa del campo operativo e dei suoi annessi; pulizia accurata del chirurgo e del malato; astensione per quanto è possibile tanto da parte del chirurgo che da quella degli assistenti suoi, di venire a contatto con cose infette; isolamento degli ammalati sospetti di infezione, tali sono i mezzi che permettono di ottenere dei risultati operativi più brillanti che umanamente sia possibile. E dal punto di vista della pulizia generale, gli inglesi ci avanzano di tutta una generazione, così che non fa punto meraviglia che il metodo di Lister non abbia messe radici in Inghilterra, se non dopo esservi ritornato colla stampiglia di legittimazione « madre in Germany ».

Non si devono tuttavia dimenticare i risultati che ci ha dati la disinfezione chimica delle ferite anche negli ospedali infetti, ma l'ultima parola in proposito dovrà essere pronunciata senza dubbio da un clinico, mai da un teorico.

Grazie all'asepsi, la chirurgia operativa ha esteso il suo campo, ha ridotto ad una percentuale bassissima la mortalità, un tempo così spaventosa, nelle amputazioni e nelle resezioni, nelle fratture complicate e nelle ferite delle articolazioni, ed ha la gloria sopratutto d'aver fatto progredire la terapeutica, colla collaborazione di tutte le altre branche della medicina. La diagnosi poi sui vivi ha acquistata una certezza maggiore, di quella che possa apportare l'osservazione necroscopica.

In quanto concerne la chirurgia generale, la teoria della cicatrizzazione delle ferite non ha fatto che progredire in seguito alla distinzione più rigorosa fra i processi di riparazione e gli infiammatori, quantunque bisogni convenire che non è possibile alcuna riparazione indipendente dalla infiammazione, e viceversa.

Dal punto di vista etiologico, l'isolamento degli agenti patogeni, reso facile, dai lavori di R Koch, ha fatto progredire le nostre cognizioni sulla patogenesi

delle malattie in modo tale da sorpassare l'aspettativa. La scoperta degli agenti della suppurazione, della difterite, della tubercolosi, dell'actinomicosi, non solamente ha permessa una completa conoscenza di queste malattie, ma ha ancora dato modo di evitarle con misure profilattiche o di curarle efficacemente con trattamenti terapeutici adeguati. In quanto riguarda la difterite poi, la scoperta del siero antidifterico ha tolto dalle mani del chirurgo il bistorì professionale, ed ha affidata novellamente al medico la cura di questa malattia così spesso mortale.

Se, nel dominio della tubercolosi, queste ricerche non hanno ancora potuto dare altrettanti risultati, e se la cura di questa malattia è affidata così al medico come al chirurgo, non bisogna dimenticare che vi sono dei tentativi di cura interna pieni di promesse.

L'actinomicosi, di cui la frequenza e l'importanza divengono assai più considerevoli di quello che in prima non si fosse creduto, ci mostra col mezzo dell'idroterapia che anche in una malattia infettiva, distruttiva, quantunque esclusivamente locale, necessita che medico e chirurgo vadano di pari passo.

Possa il secolo, che sta per cominciare, portar luce sufficiente sulle nozioni che possediamo intorno alla etiologia del cancro, in modo che, basandosi su questa, il chirurgo possa essere coadiuvato in maniera più efficace di quello che ora non lo sia dalla medicina interna.

I chirurghi hanno tentato in questi ultimi dieci anni di ricercare i germi del cancro nei vasi sanguigni e nei linfatici, giungendo al punto di distruggere questi ultimi, ma ormai sono arrivati ad un limite che le stesse considerazioni anatomiche obbligano a rispettarli. La vecchia cura col mezzo dei caustici ha potuto essere ultimamente troppo trascurata a profitto del coltello, quantunque la chimica ci abbia dati dei nuovi agenti, come l'acido tricloro-acetico e la formalina.

Nel campo dell'anestesia si è ripresa, in Germania, la vecchia tendenza di rimpiazzare il cloroformio coll'etere, il che ha dato modo di studiare i danni immediati e mediati del cloroformio, e ci ha insegnato ad usarne le minime quantità possibili, e di ricorrere al solo etere, meno dannoso, nell'anemia grave, nella debolezza cardiaca e nella tendenza alle sincopi.

Negli ultimi tempi l'anestesia locale fu soppiantata dall'anestesia generale, e non bastano la cocaina ed i preparati consimili a rimetterla in onore. L'azione anestetica dell'imbibizione dei tessuti con dei liquidi quasi del tutto indifferenti, apporta un grande vantaggio all'anestesia locale. Pur tuttavia questo metodo non è ancora nè abbastanza piacevole; nè abbastanza efficace per rimpiazzare completamente l'anestesia generale, come vorrebbero i profeti dell'anestesia locale. Queste ricerche però hanno questo di buono, che provocano delle nuove tendenze d'operare rapidamente, con pulizia e con precisione. E così, mentre che in Francia si fa ognora sentire l'influenza della scuola di Larrey e di Dupuytren, in Germania durante gli ultimi dieci anni queste influenze sono del tutto scomparse.

In quanto riguarda l'emostasia, gli inglesi ed i tedeschi hanno cercato di ottenere l'occlusione la più completa dei vasi perfezionando le legature asettiche. La compressione e la torsione dei vasi presso di noi è caduta in completa dimenticanza. La scuola francese, seguendo le orme di Chassaignac, inventa le pinze emostatiche e cerca di abbandonare l'uso di un corpo estraneo nella legatura per giungere ultimamente ad adottare l'angiotribo che schiaccia i tessuti e produce così l'emostasi. I due processi hanno dei vantaggi e dei danni.

La chirurgia conservativa ha trovato nella sutura vascolare un nuovo campo, ed ha acquisito alla terapia chirurgica anche il cuore su cui si pratica la sutura. Quanto alle emorragie parenchimali vengono arrestate col vapore, coll'aria calda e col termo-cauterio, in modo assai migliore di quello che non si facesse un tempo ricorrendo al tamponamento antisettico.

La scoperta d'Esmarck (1873) ha permesso di operare con una perdita di

sangue appena sensibile, e così venne ovviato il maggiore fra gli inconvenienti delle operazioni chirurgiche.

Il drenaggio delle ferite, il quale, come avviene di tutte le nuove scoperte venne applicato fuor di misura, fu in seguito riconosciuto come un male necessario e la sua applicazione fu ridotta a quei tali casi dove non è possibile agire diversamente.

La diagnosi e la cura delle malattie delle ossa e delle fratture hanno ottenuti dei progressi notevoli grazie alla scoperta della radiografia. Per le fratture e le lussazioni principalmente, la fotografia ha dato un mezzo diagnostico sicuro, limitando così fino al possibile la responsabilità del medico curante, responsabilità personale che si è aggravata in seguito all'estensione delle assicurazioni contro gli accidenti.

Nel campo dell'ortopedia la radioscopia ci dà ugualmente il modo di formulare apprezzamenti più rigorosi che per lo innanzi, massime sulla cura cruenta no della lussazione congenita.

Vi fu un tempo in cui, se non si riusciva a trasformare una lussazione congenita in una articolazione normale, si ricorreva alla cruentazione. La pratica dei processi cruenti e sopratutto il controllo della radioscopia ci chiariscono che le speranze eccessive degli ortopedici, alle quali però non hanno mai parteggiato i chirurghi prudenti, potevano al massimo avverarsi in una minima parte. Tuttavia la discussione che originò questa questione fu delle più utili; ella dimostra che vi ha un numero ristretto di casi dove l'intervento precoce ed una consecutiva cura minuziosissima e lungamente protratta può rendere l'articolazione in uno stato pressochè normale.

Nella maggioranza dei casi è d'uopo accontentarsi di rendere la deambulazione più equilibrata, mettendo la testa del femore in una posizione migliore, ed avendo cura di far acquistare al malato in stabilità e miglior posizione quello che perde in mobilità. Altrettanto devesi dire sui raddrizzamenti della gibbosità e sull'autoplastica tendinea, le cui applicazioni devono essere oltremodo limitate. Il generalizzarsi del massaggio e della ginnastica terapeutica ha sensibilmente migliorati i risultati della cura ortopedica di un gran numero di affezioni.

*
* *

Se noi intraprendiamo ad esaminare il campo della chirurgia speciale, troveremo documenti di progresso così numerosi che non potremo arrestarci che alle cose più importanti.

La trapanazione. conosciuta fino dall'antichità, torna nuovamente in onore per l'influenza dell'antisepsi; e grazie all'apertura osteoplastica della vòlta cranica si è reso possibile l'esame della faccia superiore degli emisferi senza alcun pericolo. Viene utilizzata per la conoscenza, fino ad ora incerta, delle localizzazioni cerebrali. In quanto a quello che riguarda la tecnica operatoria, per la trapanazione si usano ancora le vecchie corone, ma si è perfezionata grazie all'uso delle seghe circolari ed a catena, ecc., le quali hanno avuta una applicazione tutt'affatto moderna coll'adozione dei motori elettrici Col mezzo della trapanazione si possono diagnosticare gli ascessi ed i tumori cerebrali, e talvolta curare con successo l'epilessia, la meningite ed anche l'idrocefalia. Le otiti suppurate, anche se lente e ribelli, possono essere guarite, per la possibilità di arrivare fino alle cellule mastoidee e per l'applicazione del principio di drenare, col mezzo di una contrapertura, le cavità suppuranti. Così si possono meglio studiare gli ascessi del cervelletto e del lobo temporale, consecutivi ad otite, ed anche curare con esiti felici la trombosi dei seni.

La rinologia è quasi esclusivamente in mano agli specialisti, eppure le ricerche fatte da questi in unione ai chirurghi sulla cura dei cornetti, delle amigdali e delle cavità adiacenti, e sull'applicazione dell'osteoplastica alla trapanazione di queste cavità, hanno dati buoni risultati. La chirurgia della laringe che ha incominciato verso il 1860-1870 ha ugualmente fatti dei progressi sensibili.

L'estirpazione di questo organo così importante, e la sua sostituzione con una protesi ha acquistato terreno, quantunque sia di applicazione limitata; l'endoscopia della trachea giù fino ai bronchi ha fatti dei progressi e l'illuminazione elettrica ha permesso al chirurgo di spingere lo sguardo attraverso l'esofago fino allo stomaco. Le operazioni sulla tiroide hanno perduto il loro pericolo, a tal punto che oggi si esegue a cuor troppo leggero la tiroidectomia parziale. I disordini che si sviluppano in seguito alla sua estirpazione totale hanno favorito lo sviluppo moderno dell'organoterapia, ma ancora non si può dire se questa nuova dottrina basata su fatti di simpatia, sia erronea o meno.

La chirurgia dei polmoni, in causa delle enormi difficoltà che presenta il terreno suo, non può fare che progressi lentissimi, eppure ha già da annoverare dei risultati indubitabili. L'antica toracotomia, grazie alla resezione ognora più audace delle costole interessate, si è poco a poco trasformata nella toraco-plastica, che può far trionfare anche di empiemi di antica data.

L'apertura del pericardio, conosciuta da più decine di anni come una curiosità chirurgica, è ora divenuta più metodica e l'utilizzazione dei lembi osteoplastici della parete toracica ci dà accesso al cuore. Il cancro, i diverticoli, ed i restringimenti dell'esofago che una volta venivano esclusivamente trattati col mezzo della sonda, sono divenuti ognor più direttamente accessibili per mezzo dell'intervento attivo dalla parte del collo, mentre qualche chirurgo più ardito ha voluto aprirsi una via, senza risultato però, attraverso il mediastino posteriore.

*
* *

Il perfezionarsi della tecnica della gastrostomia ha data una più larga applicazione a questa operazione palliativa, così che fu utilizzata anche in casi di dilatazione consecutiva a stenosi esofagea. La chirurgia dello stomaco, che non consisteva in altro che nell'estrazione di corpi stranieri e nella cura delle fistole gastriche accidentali è stata riorganizzata interamente.

La resezione di porzioni intere di stomaco in seguito a tumori maligni, si è spinta fino all'esportazione completa dell'organo, e la gastro-enterostomia che veniva praticata in prima, come estrema risorsa, nei casi di cancro inoperabile, è divenuta oggi una operazione curativa la cui utilità nelle affezioni benigne è del tutto riconosciuta.

Dopo che i chirurghi hanno ognora più acquisita la convinzione della innocuità dell'apertura asettica della cavità addominale, si comprende come l'occlusione interna, così proteiforme nelle sue manifestazioni, abbia potuto essere curata sempre più frequentemente fino a qui, in ragione della rapidità dell'evoluzione di un gran numero di casi in cui l'intervento riesce troppo tardivo.

La resezione di porzioni di intestino offesi, l'esclusione parziale o totale coll'anastomosi, e i tentativi di utilizzare le parti recise per la vescica, toccano il colmo dell'audacia dei chirurghi contemporanei. Quanto alla sutura intestinale, la sutura colla seta in due o più piani sembra essere la migliore e non trova seria concorrenza che nei bottoni anastomotici. Le affezioni del retto hanno potuto essere curate con migliori risultati d'un tempo, grazie alla possibilità di allargare il campo operativo, rendendolo più accessibile coll'asportazione del coccige e d'una parte del sacro, e dall'altro lato grazie all'antisepsi. Fra le conquiste della chirurgia, la più recente e quella che riesce maggiormente interessante, è quella sulle vie biliari e sul fegato. Ricerche sperimentali hanno dimostrato che si può resecare senza danno una gran parte del fegato, poichè quest'organo possiede una facoltà grandissima di riprodursi. I calcoli biliari, affezione frequente, penosa e nel medesimo tempo foriera di tanti malanni, furono a tutta prima curati coll'estirpazione della vescicola biliare allo scopo di strappare quell'organo dove prevalentemente si formano. E non fu che a poco per volta che studiando il comportarsi di quest'organo, s'ebbe a constatare che in certi casi i calcoli

possono formarsi nelle vie epatiche, d'onde si manifestò una tendenza di operare in modo ognora più conservativo. Quando sia impossibile il far passare la bile nel tubo intestinale per le vie normali, la vescicola fu utilizzata per la derivazione della bile. Si cercano i calcoli in tutti i ripostigli ove possono essersi formati, e si drena non solo la cistifellea, ma ancora le vie biliari, e si creano quando ve ne sia il bisogno, delle nuove comunicazioni tra quelle vie e l'intestino. Parimenti vengono attaccati dal chirurgo il pancreas, la milza, i gangli retroperitoneali malati e la capsula adiposa perirenale.

I processi infiammatori del peritoneo, originati dall'appendice cecale, da ulcerazioni dello stomaco, o della vicinanza delle vie biliari, dovuti sovente anche alla tubercolosi, all'actinomicosi, all'infezione da setticemia post-operatoria o post-partum, sono adesso oggetto d'intervento chirurgico attivo ed efficace. La frequenza e l'importanza delle appendiciti è divenuta tanto grande, che questa affezione domanda un intervento attivo che può riuscire efficace, se adottato per tempo, a preservare gli ammalati da esiti letali.

La cura chirurgica delle ernie strozzate ha potuto essere perfezionata grazie all'antisepsi, e per la possibilità di operare prestissimo. Che se però in qualche caso trascurato si avesse ulcerazione o cancrena dell'intestino, l'esito felice può non mancare in seguito alla resezione dell'intestino leso. Ma la rivoluzione fu veramente grande in quanto concerne la cura radicale dell'ernia; le indicazioni sue si sono notevolmente estese al punto che oggi le ernie aderenti e le fistole stercoracee non sono da ritenersi come controindicazioni. Si operano quotidianamente bambini i più teneri d'età, e non è raro che gli ammalati richiedano spontaneamente d'essere sottoposti all'operazione per essere sbarazzati da bendaggi o per poter fare il servizio militare. Oggi non sono ritenute incurabili neppure le ernie voluminosissime in vecchi già fiacchiti dagli anni, ed i risultati ottenuti, massimamente col mezzo della sutura per strati, segnano una grande vittoria dal punto di vista della durata e della resistenza.

Le malattie dei reni e della vescica presentano, grazie alla cistoscopia, una sicurezza di diagnosi giudicata in altri tempi come impossibile, e la chirurgia renale ha potuto nascere. Astrazione fatta dalla puntura nell'idronefrosi, si può dire che il suo debutto pratico incominciò coll'asportazione dei reni, tendendo poscia a diventare di volta in volta più conservativa. Le nevropessi nel rene mobile, l'incisione dell'ascesso renale, l'estrazione dei calcoli, l'uretroplastica nell'idronefrosi, la nefrectomia parziale addimostrano questa tendenza. Le pieliti sono curate in modo conservativo col cateterismo uretrale coadiuvato dalla cistoscopia. Nella cura dei tumori peduncolati della vescica fu utilizzato, per la asportazione loro, l'endoscopio; per i tumori maligni ed a peduncolo largo si pratica l'estirpazione parziale, ricorrendo all'estirpazione totale solo quando la necessità lo imponga.

L'ipertrofia della prostata che non fu oggetto, fino a questi ultimi tempi, che di cure palliative, ha potuto essere trattata per via diretta ed indiretta; appartiene alla prima categoria la distruzione galvanocaustica che sembra acquisti quel terreno che vanno perdendo la castrazione e la resezione dei dotti spermatici per ottenere una diminuzione di volume della glandola. È doveroso però ricordare che le statistiche segnalano una identica percentuale di guarigioni sia coll'uno come coll'altro metodo. Può essere che questi due modi diversi di cura tendano a modificare l'iperemia della prostata che ha tanta importanza nei disturbi provocati dall'ipertrofia di quest'organo.

*
* *

Se noi avessimo parlato un tempo a Dieffenbach, uno dei più grandi chirurghi che vanti la Germania in questo secolo, delle operazioni che si fanno oggidì in tutte le cliniche per quanto poco importanti, ci avrebbe risposto certa-

mente con un crollar di testa incredulo, così come noi faremmo per un romanzo fantastico di Giulio Verne. I progressi fatti dalla chirurgia operativa in questo breve spazio di tempo sono tali da oltrepassare i lavori ed i progressi dei secoli interi, ma ogni giorno apporta dei nuovi problemi da studiare e da risolvere.

Il lavoro del chirurgo è divenuto eccitante oltremodo perchè la responsabilità sua è oltremodo aumentata: certe operazioni moderne sono dei veri *tours de force*, paragonabili a quelli che un acrobata eseguisce su d'una corda. All'acrobata rotto a questi esercizi raramente succede disgrazia, ma pel chirurgo i tentativi sono penosissimi e non respira bene se non quando il suo infermo guarito abbia lasciato l'ospedale. La fiducia nel successo delle operazioni le più difficili, si è accresciuta talmente fra i medici e gli infermi, che talvolta è più difficile il non fare una operazione dannosa e dove l'indicazione non sia assoluta, oppure chiesta dall'ammalato, che spingere il paziente ad assoggettarsi ad una operazione necessaria. Ma se la morte viene a raccogliere la sua messe, se dopo una serie di casi sfavorevoli la legge inesorabile della statistica viene a reclamare i suoi diritti, se i casi di morte si susseguono rapidamente l'uno all'altro, allora il danno è enorme così per il pubblico come per il chirurgo. Questi si domanda come avrebbe potuto fare altrimenti, quali errori di antisepsi e di indicazione operatoria abbia commessi; il pubblico d'altra parte è colpito al vedere che la chirurgia moderna non possa ancora salvare da tutte le malattie anche da quelle incurabili. Si dimentica generalmente che i nostri atti operativi possono tanto più raramente *guarire* nello stretto senso della parola, in quanto che essi tendono a distruggere, e non creano che raramente, non lasciano che delle cicatrici al posto del tessuto che prima era integro.

I pericoli delle operazioni diminuiti di molto, ed il numero degli operatori sensibilmente aumentato, non possono escludere che le indicazioni dell'intervento operativo sieno talvolta poco scrupolosamente prese in considerazione. La divisione troppo spinta in piccole specialità, fa sì che sovente gli specialisti prendono l'organo, del quale si occupano, come causa di tutti i mali di cui si lagna l'ammalato, ed in questa guisa si cominciarono a levare le amigdali ad un'isterica per passare poi all'esportazione delle ovaia, o a fissar l'utero, od a fissare un rene mobile finchè al momento opportuno si scopre che tutti i disturbi sono dovuti ad un calcolo epatico. Questi fatti dimostrano che la specializzazione, ora tanto di moda, non dovrà spingersi tanto innanzi che uno specialista possa trascurare una larga base di istruzione medica generale, chè anzi molto opportunamente accoppierà ai suoi lavori quello della specialità della regione vicina, così da mantenere un contatto più intimo e duraturo colla medicina generale.

La chirurgia operativa moderna, ad onta dei suoi risultati non perennemente brillanti, è una delle manifestazioni artistiche più meravigliose del genio umano; ella sorpassa le tendenze mirabili della tecnica moderna di tanto, quanto la struttura dell'organismo umano è più fina e più complicata di quella della macchina più ingegnosa ».

Mi pare che meglio di così non sia possibile riassumere la chirurgia moderna.

* * *

Non vi è alcuno che ignori la grande importanza che ha il midollo delle ossa in patologia, e specialmente nelle infezioni. È questo studio importantissimo che hanno compiuto Roger e Jossé, dal titolo « *il midollo o seo allo stato normale e nelle infezioni*, nella collezione dall'*Oeùvre Médico Chirvrgicale* e del quale queste sono le interessanti conclusioni. Lo studio delle modificazioni che presenta il midollo osseo durante infezioni ed intossicazioni è uno degli esempi i più affermativi che si possono citare delle sinergie funzionali e delle simpatie morbose. Anche quando apparisce limitata ad una porzione ristretta, anche quando sembra ristretta ad un punto circoscritto, l'infezione provoca nell'orga-

nismo intiero delle manifestazioni reattive. Riguardata da questo punto di vista la storia delle reazioni osseo-midollari ci appariva come un capitolo di uno studio più generale. Sembra però che le modificazioni, le quali sopraggiungono nel midollo osseo sono più accentuate e più apprezzabili che in qualunque altro tessuto. Queste modificazioni sono di due ordini; le anse rappresentano delle reazioni funzionali, le altre delle alterazioni patologiche. Le prime traducono il risveglio dell'attività del tessuto; ci fanno comprendere la genesi degli elementi cellulari che, caricati dal sangue, saranno trasportati ai punti attaccati dai germi infettivi e tenteranno di arrestarli e distruggerli. Le seconde sono le conseguenze dell'attacco diretto dagli agenti patogeni, ci mostrano l'estensione delle lesioni che possono determinare nelle parti costituenti del midollo osseo; cellule, connettivo, tessuto vascolare. Così, in qualunque infezione che ha la sua influenza nel midollo osseo benigno, a lato delle alterazioni propriamente dette, prendere in considerazione le modificazioni reattive. Queste modificazioni non costituiscono delle vere lesioni; si trovano sul limite indeciso che separa lo stato normale dallo stato patologico. Traducono la lotta dell'organismo contro i suoi nemici e ci mostrano i suoi mezzi di difesa. Descrivere le condizioni anatomiche dei tessuti durante l'infezione, è in qualche modo descrivere le condizioni della federazione organica durante la guerra. Le lesioni che si constatano non sono che le rovine ed i cadaveri risultanti dalla lotta.

E la teoria di Metchinikoff in pieno vigore.

*
* *

Il cancro aumenta il numero delle sue vittime. È questa la conclusione di un lavoro di Reiche intitolato — *contributo alla statistica del cancro* — pubblicato nella *Deutsche medicinische Wochenschrift*. È la statistica della città di Amburgo. I tre quadri seguenti parlano meglio di ogni esperimento.

Questa è la statistica inglese di Joger Williams pubblicata nel 1898.

Anno	Su di un milione di abit. sono morti	Rappor tra il num. dei cancerosi e la popolazione gener.	Rapporto tra la mort. per cancro e la mortal. gener.
1840	177	1 : 5,646	1 : 129
1850	179	1 : 3,579	1 : 14
1855	319	1 : 3,129	1 : 70
1860	343	1 : 2,915	1 : 62
1865	372	1 : 2,670	1 : 62
1870	424	1 : 2,361	1 : 54
1875	472	1 : 2,121	1 : 58
1880	502	1 : 1,946	1 : 40
1881	520	1 : 1,918	1 : 36
1882	532	1 : 1,879	1 : 36
1883	546	1 : 1,763	1 : 35
1884	559	1 : 1,786	1 : 35
1885	566	1 : 1,767	1 ; 33
1886	583	1 : 1,715	1 : 33
1887	606	1 : 1,650	1 : 31
1888	610	1 : 1,635	1 : 29
1889	673	1 : 1,555	1 : 27
1890	676	1 : 1,480	1 : 28
1891	692	1 : 1,445	1 : 29
1892	690	1 : 1,445	1 : 27
1893	711	1 : 1,407	1 : 27
1894	713	1 : 1,403	1 : 23
1895	755	1 : 1,324	1 : 24
1896	764	1 : 1,306	1 : 22

Il seguente quadro riguarda la statistica di Amburgo del Reiche:

Anni	Numero dei casi di morte per cancro	Anni	Numero dei casi di morte per cancro
1872	248	1886	488
1873	233	1887	487
1874	289	1888	483
1875	264	1889	464
1876	291	1890	518
1877	307	1891	552
1878	326	1892	503
1879	342	1893	548
1880	331	1894	537
1881	349	1895	613
1882	393	1896	610
1883	429	1897	691
1884	453	1898	712
1885	440		

Il terzo quadro riguarda l'età nella quale si sono avuti i casi di morte, in modo che il Reiche verrebbe a confermare l'affermazione di Williams che la maggior frequenza del cancro è in rapporto con una vita meno attiva, e ad una alimentazione troppo abbondante e specialmente all'ingestione di grande quantità di carne.

Età	Mortalità per cancro in 100 viventi 1872 1880 per cento	1881 1889 per cento	1890 1898 per cento
Da 1 a 15 anni	0,01	0,01	»
» 15 a 20 »	0,01	0,01	0,01
» 20 a 25 »	0,03	0,02	0,02
» 25 a 30 »	0,07	0,09	0,09
» 30 a 35 »	0,22	0,21	0,22
» 35 a 40 »	0,50	0,58	0,52
» 40 a 45 »	0,94	1,05	1,2
» 45 a 50 »	1,6	1,8	1,2
» 50 a 55 »	2,2	2,6	3,1
» 55 a 60 »	3,3	3,8	4,2
» 60 a 65 »	4'2	5,3	5,2
» 65 a 70 »	5,6	7,5	6,7
» 70 a 75 »	6,2	7,1	7,1
» 75 a 80 »	6,1	7,7	7,8
» 80 a 85 »	4,9	6,3	6,7
» 85 a 90 »	4,6	5,1	4,2
» 90 in poi »	1,29	1,19	9

Da ciò si comprende la grande utilità di studiare la patogenesi di questi terribile neoplasma.

*
* *

È già noto che il Bier prima, e l'Odier di Ginevra poi, e contemporaneamente l'uno e l'altro proponeva l'uso delle *iniezioni di cocaina nel canale midollare ad uso anestetico,* e come Zeider e Seldovitch di Pietroburgo, Tuffier e Michaut di Parigi e Jaboulay di Lione ne imitarono l'esempio. Adesso è

il D. Schiassi Benedetto di Budrio che (Supplemento del Policlinico N.° 18) riferisce su due casi, nei quali con un centigrammo di cocaina ottenne l'anestesia completa. In uno di questi casi ebbe però dispnea e polso piccolo ed irregolare, ma tutto scomparve con un'iniezione di cocaina. È da notarsi che si trattava di due vecchi di 70 e di 72 anni. In un caso l'anestesia era completa dopo tre minuti e potè amputare la gamba, non provando alcuna molestia, e solo un leggiero pizzicore dopo venti minuti. Nell'altro caso eseguì la cistotomia soprapubica. Lo Schiassi per fare l'iniezione non usa l'anestesia della pelle come usa il Bier; infigge l'ago tra la seconda e la terza vertebra lombare e già munito dello schizzetto. L'anestesia si estendeva a tutti gli organi che stanno nella zona sotto-ombelicale.

È bene notare questi casi, perchè si tratta di un metodo nuovo, intorno al quale, pare ingiustamente, aleggia la diffidenza.

Parma 31 marzo 1900.

ANDREA CECCHERELLI.

RIVISTA SINTETICA

Il trattamento dell' estrofia vescicale con la cisto-colostomia.

Chirurghi eminenti hanno adoperato l'ingegno per trasformare la condizione misera in una più sopportabile dei malati affetti da estrofia di vescica; ma si oppose ai loro conati la difficoltà, spesso insuperabile, *di raggiungere la continenza*, che trova base anatomica nell'incapacità nostra a costruire sfinteri, ove manchino (fig 1).

Fu pensiero logico utilizzarne uno già esistente, e cioè *lo sfintere dell'ano*, innestando gli ureteri nell'ultima parte dell'intestino.

I progressi realizzati dalla medicina operatoria hanno riportato nel campo della chirurgia riparatrice vittorie brillanti e durevoli; ciò malgrado, quando

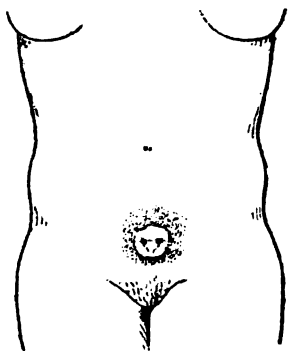



Fig. 1. — Estrofia voscicale.

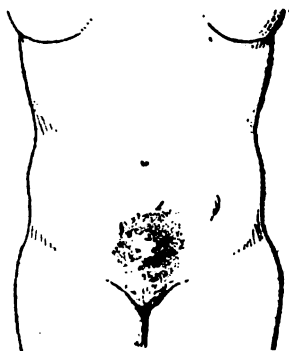



Fig. 2. — Lembo vescicale, dissecato circolarmente, comprendente lo sbocce degli ureteri.

l' estrofia di vescica e l' epispadia concomitante è stata corretta coi metodi di Thiersch, Novaro, Trendelenburg, Passavant, Segond, ecc., la condizione del paziente non è grandemente migliorata. I tentativi di restaurare la funzione dell'apparato sfinterico hanno dato, per ora, risultati insoddisfacenti; l'incontinenza dell' urina richiede l' applicazione di un apparecchio collettore, che la porti a sboccare in un punto lontano, e la difficoltà di applicare esattamente questi apparecchi, rende i pazienti disgustosi tanto a se stessi, quanto alle persone che li circondano Queste considerazioni decisero a tentare il trapiantamento del lembo vescicale nel retto.

Io ho preso in esame il materiale clinico che fu notificato intorno a questo nuovo capitolo di chirurgia operativa ed ho raccolto le storie di 22 casi, alcune inedite e, per lettera, notificate dagli stessi operatori, di cui 7 spettano a chirurghi italiani (Resegotti, Trombetta, Crespi, Cappello, Pozza, Buccheri, Boari).

Per impiantare la mucosa vescicale con lo sbocco degli ureteri sul sigma colico si procede nel modo seguente:

La cavità peritoneale è aperta sul bordo della vescica estrofica, e la parete vescicale è resecata, ad eccezione di un segmento ovale, comprendente gli orifizî degli ureteri (fig. 2). Nella donna la vescica viene liberata dall'utero, nell'uomo

sezionata, al disopra dei corpi cavernosi, e la porzione di vescica, corrispondente agli sbocchi degli ureteri, è completamente mobilizzata. Due sonde, introdotte fin dal principio dell'operazione entro gli ureteri, servono di guida nella dissezione, avendo cura di risparmiare, il più che sia possibile, il connettivo circostante, che contiene i vasi che provvedono alla nutrizione dell'uretere. A questo punto il colon vien tirato infuori ed inciso longitudinalmente. La porzione vescicale, peduncolata, viene inserita tra le labbra della ferita intestinale. Le mucose sono suturate insieme, così pure le muscolari, e per ultimo si passano alcuni punti comprendenti lo strato prevescicale e quello sieroso intestinale. Quindi si riducono in cavità i due visceri anastomizzati, e si termina l'operazione con la chiusura del ventre, per mezzo di una plastica (fig. 3 e 4).

Nel 1895 ideai un metodo, che serve a trapiantare il trigono vescicale sull'intestino per mezzo di uno speciale bottone (*Annales des maladies des organes génito urinaires, N janvier*, 1896) Mettendo a profitto il principio stabilito da Tuffier, sulla importanza dello sfintere ureterale, ed annunziando la convinzione mia

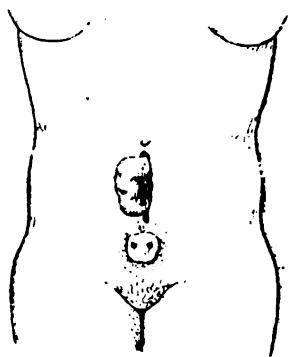



Fig. 3. — Porzione del sigma estratto dalla ferita laparatomica.

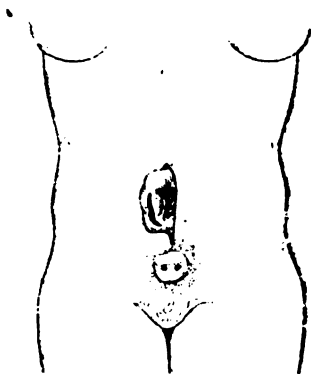



Fig. 4. — Porzione del sigma, inciso secondo l'asse longitudinale.

che la corrente dell'umore, secreto da una glandula, quando abbia libero corso, basta a mantenere deterso il canale escretore e a difenderlo dagli agenti infettanti, che potessero pervenirvi dall'esterno, pensai di trapiantare il lembo vescicale, con facilità e rapidità, conservando gli sfinteri e la permeabilità degli ureteri per mezzo di uno speciale bottone.

La questione della derivazione intestinale dell'urina è legata a due principî fondamentali: 1.° rispettare gli sfinteri ureterici; 2.° conservare la permeabilità degli ureteri.

I risultati ottenuti sono incoraggianti, perchè, sopra 22 casi, non si ebbero a lamentare che 5 morti.

Dallo studio dei casi clinici, raccolti ed analizzati da me in un lavoro presentato all'Accademia di Ferrara nell'Aprile 1899, si ricavano le seguenti nozioni:

I. — *Una sana mucosa dell'ultimo tratto dell'intestino si abitua sufficientemente al contatto dell'urina*, quantunque non siano mancati, in qualche caso, fenomeni di proctite e di colite. (Pozza, Trendelenburg).

L'esperienza ha confermato quanto era stato intraveduto teoricamente, che cioè la tolleranza dell'intestino al contatto dell'urina è tanto minore quanto più sale nel colon. Valga il caso di Roux, in cui l'innesto dell'uretere destro all'appendice vermiforme, tecnicamente riuscito, diede luogo più tardi a cancrena del cieco.

II. — *Lo sfintere anale si è dimostrato sufficientemente capace di contenere l'urina*, sebbene in taluna delle osservazioni sia detto che durante la notte il malato bagnava il letto, mentre di giorno la continenza era perfetta (casi di Krinsky, Mikulicz, Eiselsberg, Pozza). In altre osservazioni non è fatto cenno di questo disturbo notturno.

III. — *La pielite da infezione ascendente è stata osservata nel caso di Mikulicz*, e pare che anche in precedenza vi fossero sintomi di lesioni renali. Il paziente aveva portato, per 28 anni, la vescica estrofica, e quindi la possibilità di una infezione renale, precedente l'operazione, è giustificata dalla lunga durata della malattia.

Per contrario, la maggior parte degli operatori non apprezzarono sintomi nefritici, ma notarono qualche dolore intermittente alle regioni renali (Resegotti, Pozza), e specialmente durante l'esercizio di sforzi corporali (Eiselsberg).

I dolori furono temporanei e scomparvero, quindi non possono essere interpretati nel senso di una infezione renale.

Fig. 4. — Trapianto del lembo vescicale (trigone) sul sigma. Piano di sutura, comprendente i bordi posteriori del trigono e dell'intestino.

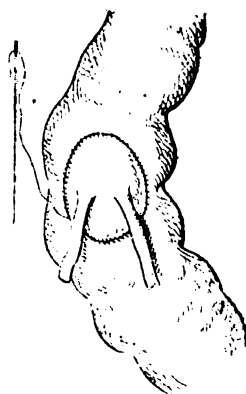



Fig. 6. — Operazione compiuta. Saldatura completa del trigono sull'intestino.

Una spiegazione probabile di questo fatto si può trovare in due ipotesi:

Nella prima si può credere, col Resegotti, che la naturale spostabilità dell'intestino, (per quanto questa spostabilità sia stata limitata in alcuni casi dalla sua fissazione al peritoneo parietale), abbia dato luogo a temporanea piegatura o torsione dell'uretere e, per conseguenza, a ristagno dell'urina dal lato in cui si verificò il dolore.

Nell'altra, è da credere che l'aumento temporaneo della pressione intraddominale determini un ristagno transitorio di urina, con irritazione del bacinetto renale. Così si spiegherebbe il presentarsi dei dolori durante sforzi corporali, come nel caso primo di Eiselsberg.

IV. — *L'esperienza ha dimostrato ad evidenza, come non sia da temere per la vitalità del lembo.* Una necrosi, con secondario scioglimento della sutura, non fu osservata, soltanto si ebbe in alcuni casi filtrazione di urina, che dopo i primi giorni disparve.

Quindi è stato proposto di lasciare aderente al lembo vescicale il peritoneo, per ribadirlo al disopra della sutura (Trombetta), e così favorire meglio l'aderenza.

Il metodo seguito dal Pozza e dal Cappello, innesto degli ureteri disgiunti,

con lembo vescicale in ognuno, toglie ogni pericolo di torsione or ipiegatura degli ureteri, ma richiede un atto operativo più lungo, con doppia possibilità di insuccesso della sutura.

V. — *Risulta da alcune osservazioni cliniche, che operati di anastomosi uretero-rettale emettevano l'urina e le feci ad intervalli separati, in modo che le feci uscivano formate e le urine chiare.*

A spiegare il fatto si può richiamare lo studio di O Bierne (The american journal. March 1898, pag. 275).

Questo investigatore dimostrò, per mezzo di osservazioni sul soggetto umano, che, all'atto della defecazione, il retto si contrae in modo che la sua cavità viene a scomparire, ma l'accumulo delle feci nel retto prende posto solo dopo la contrazione della flessura sigmoidea, al disopra del così detto sfintere di O. Bierne.

È del resto noto al chirurgo che la sezione o paralisi degli sfinteri anali non è necessariamente seguita da un continuo deflusso di feci. Il deflusso è intermittente, perchè la porzione sigmoide serve per il temporaneo arresto fino al momento opportuno per l'evacuazione.

Il fatto, risultante dalle osservazioni di anastomosi uretero-rettali, si spiega ammettendo che il retto serve quale ricettacolo dell'urina, mentre la flessura sigmoide e le parti soprastanti assumono il medesimo ufficio per le feci; ed il retto si contrae indipendente dalla flessura sigmoidea.

Da queste considerazioni risulta l'importanza di compiere l'innesto ureterale, a preferenza sul retto, non solo, perchè la mucosa rettale è più tollerante dell'urina, ma anche perchè si favorisce il meccanismo, sopra descritto, di evacuazione separata delle feci e dell'urina.

VI. — Una considerazione di indole generale, è permesso ritrarre dai *risultati conseguenti coi metodi d'impianto del capo centrale di un uretere sezionato, in confronto coi metodi di impianto dell'uretere con lembo vescicale.*

Il non essersi verificata infezione renale con i metodi d'impianto del lembo vescicale sarà da attribuir all'azione di difesa opposta dalla valvola o sfintere che si trova anatomicamente all'orifizio di sbocco?

Il buon risultato dell'operazione è, secondo me, da attribuirsi a due fatti:

1.° *Si è operato sopra individui sani*, mentre, nei casi in cui si impiantò l'uretere sezionato, si trattava, per solito, di malati affetti da tumore maligno o da tubercolosi della vescica, ed erano già in corso, quasi sempre, lesioni renali.

2.° Trapiantando la mucosa, *la linea di cicatrice viene a trovarsi lontana dall'orifizio ureterale*, e quindi non può esercitare su di essa azione costrittrice.

Dall'anatomia sappiamo che all'estremo vescicale dell'uretere si trova una ripiegatura, una specie di valvola, che si chiude tanto più fortemente, quanto più si distende la vescica, ed impedisce per ciò il rigurgito dell'urina. Ma, quando il lembo vescicale è trapiantato sull'intestino, questa condizione non si realizza più, perchè l'intestino non è una cavità chiusa come la vescica, entro a quale la pressione dell'urina possa concentrarsi fino a far chiudere la valvola.

L'insuccesso nei trapianti di ureteri sezionati è da attribuirsi, non alla mancanza di valvola o sfintere, ma *alla stenosi dell'orifizio*, conseguenza della cicatrice circostante, ossia è in diretto rapporto con lo stato di funzionalità dell'uretere e quindi del rene, dipendenti dalle condizioni di deflusso dell'urina.

A questo processo di stenosi susseguente ho potuto tener dietro nei miei esperimenti sugli animali.

I così detti metodi valvulari, ultimamente proposti (Krinsky, Fowler), sono illusorî, per quanto l'osservazione clinica, riferita da Ryerson Fowler, parli in senso contrario. Essi difficilmente raggiungeranno la formazione di una valvola nel vero senso, poichè tanto non fu concesso fin qui all'arte chirurgica, e, d'altra parte, non mirano a favorire una migliore condizione di deflusso, ma provocano, piuttosto, una produzione abbondante di connettivo attorno all'orifizio, connettivo che ha la proprietà di retrarsi.

Secondo questo modo di vedere passano tutti in seconda linea i tentativi di ricostruzione di una vescica intestinale (Poggi e Tizzoni, Giordano, Chaput, Boari), dal momento che la nozione acquisita dei casi operati alla Maydl dimostra che non è tanto la setticità dell'ambiente, quanto le condizioni di deflusso che decidono l'esito.

Sta il fatto che la derivazione intestinale dell'urina è provata da esperimenti di clinica e di laboratorio, e che i nuovi metodi sono riusciti a dimostrare, come possibile, ciò che qualche anno fa, si disperava di ottenere:

1.ª *L'anastomosi uretro-enterica è compatibile con la vita.*

2.ª *L'infezione ascendente si può evitare.*

Queste nozioni, acquisite con l'esperimento, entrate nel dominio della clinica, a dileguare lo sfavore che un tempo circondava il concetto della derivazione intestinale dell'urina, lasciano guardare, con occhio fidente, l'avvenire degli affetti da cancro di vescica!

Continueremo nelle ricerche.

Ogni studio dovrà essere rivolto a migliorare le condizioni della tecnica in questo senso:

1.ª *Conservare gli sfinteri ureterali, ogni volta che è possibile.*

2.ª *Mantenere ampio deflusso alla corrente discendente dell'urina, che basta da sola a detergere l'uretere e a difendere il rene.*

R. Ospedale di Pescia.

Dott. Boari Achille.

RENDICONTI DI ACCADEMIE E SOCIETÀ

Italia.

Società Medico-Chirurgica Universitaria di Catania.

Seduta del 6 marzo 1900 — Cosentino riferisce su di un caso di *asportazione dell'utero per cancro primitivo del corpo* in una donna di 52 anni. Antecedenti ereditari negativi. Mestruò a 15 anni; a 40 si maritò e rimase sterile. Da 18 mesi ammalava per carcinoma primitivo del corpo dell'utero con diffusione alla mucosa cervicale. Estirpazione della vagina alla Martin. Il carcinoma primitivo del corpo è raro. Le note microscopiche dei pezzi del corpo uterino erano dell'adenoma maligno, poichè si trovarono infiltrati lo strato sotto-mucoso ed il muscolare. Tali caratteri facevano argomentare che il neoplasma avesse preso origine dall'epitelio glandolare e dalla mucosa; e quindi il tipo della neoformazione sarebbe l'adenoma maligno.

Ma i caratteri macro e microscopici dell'adenoma deostruente delle mucose in genere, specialmente in uno stadio avanzato, non hanno quasi differenza da quelli del carcinoma. L'adenoma come il carcinoma forma produzioni molli che facilmente si disfanno e si trasformano in ulcere. I tubi glandolari per la grande proliferazione dell'epitelio, come si osserva nei preparati microscopici prenotati, si vedono trasformati in prodotti epiteliali formando zaffi e cordoni così come suolsi osservare nell'adeno-carcinoma.

R. Accademia Medica di Genova.

Seduta del 12 *febbraio* 1900. — Genta riferisce su di un caso di *labirintide* in un bambino.

È rarissima quale affezione primaria acuta.

Masini riporta il caso di una *palla di revolver rimasta due anni nella regione auricolare ed estratta dall'apofisi mastoide.* Il colpo era stato tirato alla regione sopraioidea. Fu solo dopo due anni che accusando vertigini, dolore alla metà sinistra del capo, ronzìo e spasmo muscolare sul campo del faciale con la radioscopia fu scoperto il proiettile sull'apofisi mastoide ed estratto.

Società Medico-Chirurgica di Modena.

Seduta del 2 *febbraio* 1900. — Casarini parla su alcuni casi di *epitelioma curati col metodo Cerny-Truneeck* nella Clinica del Prof. Mazza. Sono cinque casi. Crede essere necessario l'esame istologico per potere assodare se in realtà vi è una differenza di risultato nella cura, secondo che nello epitelioma prevale un elemento piuttosto che un altro: nel solo caso, nel quale si ebbe guarigione prevaleva l'elemento epiteliale, il che invece secondo Maury e Gaston controindicherebbe l'applicazione del metodo. Non è da darsi molto valore alle guarigioni dei cancroidi superficiali in quanto si hanno buoni successi anche con altri mezzi terapeutici. Ottenne sempre sulle prime risultati buoni, ma non duraturi, in quanto presto il processo acquistò la malignità primitiva. L'applicazione pur essendo dolorosa è sopportata dagli infermi e scevra d'inconvenienti.

Seduta del 9 *febbraio.* — Nasi riferisce su di un resoconto statistico di Legnani.

R. Accademia Medico-Chirurgica di Napoli.

Seduta del 25 *febbraio* 1900. — D'Antona riferisce su due operazion in bambini, cioè una di *meningo-mielocistocele cervico-dorsale* e l'altro di voluminoso *meningo encefalocistocele occipitale.* Il secondo bambino adesso non è in buone condizioni generali per cattiva nutrizione, ma la ferita è guarita rapidamente. Secondo l'Oratore l'asportazione del sacco non determina riproduzione dell'idrocefalo, perchè sottraendo il sacco si viene ad eliminare la pressione negativa e si aumenta la pressione cranica, la quale impedisce che si raccolga novellamente il liquido. Un'altra ragione per ritenere che l'idrocefalo non si riproduca è che essendo l'essudazione prodotta da un'infiammazione cronica dell'epitelio, sottratto il sacco si toglie l'essudazione. Crede quindi che il bambino si sviluppi bene. Ma questa non è l'opinione di Fede. Pensa lo Schrön che non si riproduca il liquido encefalico e ricorda che sono tre le cause capaci di riprodurre l'idrocefalo e cioè può esser irritativo, meccanico da stasi per compressione della vena magna Galeni, ed ex-vacuo. Nel caso esaminato crede minimo lo stato irritativo e perciò spera bene. Bianchi per la soppressione del lobo occipitale pensa alla possibile degenerazione discendente e quindi alle lesioni della vista. Albini desidera sapere come sia stata giudicata la pressione

negativa ammessa prima dell'operazione. CARTARELLI per la prognosi dice che se la massa encefalica è normalmente sviluppata ed attraverso la breccia si forma il tumore, il successo può susseguire all'operazione; se invece si ha anomalia nello sviluppo del cervello, anche tolto li tumore rimane la deformazione. ANTONELLI non crede si possano in pratica distinguere e riconoscere queste condizioni indicate.

ACCADEMIA MEDICO-CHIRURGICA UNIVERSITARIA DI PALERMO.

Seduta del 17 *febbraio* 1900. — TANSINI presenta un caso di *actinomicosi* in un uomo di 52 anni, che ebbe solo una malattia venerea a 20 anni Da tre anni aveva un tumore alla commessura delle labbra, grosso come una moneta di due centesimi, e che fu operato, ma recidivò, formandosi anche ulcerazioni attorno alla cicatrice, e vari ascessi alla mandibola. Quando si presentò a lui aveva un'ulcerazione larga come uno scudo alla parte destra del labbro inferiore; una vasta tumefazione dura diffusa a tutta la guancia destra fino in vicinanza dell'occhio, estesa anche alla regione sottomascellare fino verso la linea mediana. Il volume era come quattro volte la guancia sana; la pelle era arrossata qua e là, livida, tesa, in tre punti sul mascellare inferiore vi erano tramiti fistolosi, dai quali usciva scarso liquido puriforme. Serramento completo, invincibile della mascella. Nel pus trovò l'actinomicete. Usò l'ioduro di potassio internamente (12 grammi al giorno) e localmente del liquido di Lugol. La guarigione fu ottenuta completa.

CHIARLEONI riferisce su tre casi di *ascessi delle ovaie*, che ritiene dipendenti da suppurazione del corpo luteo, meno l'ovaio sinistro appartenente all'ultima delle sue operate. Crede dipendenti due di questi casi da infezione gonococcica, ed uno da bacillo coli comune avendo ragione di escludere un ascesso di origine puerperale o blenorragico. Rileva come la guarigione ottenuta in tutti e tre i casi, ad onta che pus si sia versato nel cavo peritoneale durante l'atto operativo, dimostra in modo palmare come a differenza del pus degli ascessi acuti quello delle raccolte lente e di lunga durata e rimontante a tempo più remoto, sia da considerarsi clinicamente sterile in quanto appunto, in nessuno dei tre casi, si ebbe a deplorare una qualsiasi spiacevole conseguenza.

SOCIETÀ LANCISIANA DEGLI OSPEDALI DI ROMA.

Seduta del 24 *febbraio* 1900. — A. RANELLETTI. *Alcune importanti applicazioni della formalina. Guarigione di un epitelioma inoperabile.* Ottenne colla formalina: 1.° di trasformare la gangrena umida in gangrena secca in un caso di gangrena umida del piede inoperabile e in un flemmone gangrenoso da infiltrazione urinosa: 2.° di migliorare i cancri ulcerati inoperabili dell'utero e ricorda in proposito due casi già pubblicati e riferisce di due ultimi casi in cui applicò il suo sistema di cura: una donna con un grosso cancro ulcerato della faccia ed un altra con epitelioma del crasso dove era impossibile la rinoplastica e dietro queste esperienze senza esagerare le previsioni propone la formalina come trattamento palliativo e sintomatico dei tumori maligni inoperabili; 3.° di conservare i cadaveri; 4.° di applicarne i vapori nella cura delle malattie bronco-polmonari.

R. Bastianelli. Crede che l'azione della formalina sia soltanto disinfettante e che sia preferibile sempre, ove si possa, la cura chirurgica.

G. Parlavecchio. Fa notare che non si potrà usare che nelle ulcerazioni direttamente accessibili e che la sua azione è solo in superficie e non in profondità o a distanza. Fra le cure palliative la giudica come migliore pel suo potere cicatrizzante ed invita il dott. Ranelletti a dare particolari sulla tecnica.

F. Staguitta. Non crede sia di troppo preferibile alle sostanze sino ad ora usate e che il formel nelle malattie respiratorie non abbia dato risultati molto incoraggianti.

C. Marocco. Ricorda i risultati da lui ottenuti coll'acido tannico.

A. Ranelletti. Fa osservare che ne' suoi casi di cancro dell'utero non era possibile il raschiamento ed in quanto alle recidive crede di poterle arrestare al loro nascere, quanto alla tecnica si riserba di parlarne dopo aver raccolto più ricco materiale. La ritiene non confrontabile cogli altri antisettici specie pel potere essiccante e la crede superiore anche all'acido tannico.

G. Parlavecchio. *Risultati lontani di isteropessie alla Mazzoni per cure di prolassi uterini.* Riferisce dell'esame fatto di 5 operate dopo 6-24 mesi; in 4 la guarigione era completa, nella 5.ª leggiero cistocele senza alcun disturbo subiettivo. E passati in rassegna i varì metodi operativi e la patogénesi dei prolassi conclude che la cura Mazzoni è una delle migliori.

R. Bastianelli. Ricorda la sutura della plica vescico-uterina che è la caratteristica del processo Mazzoni.

G. Mazzoni. Ringrazia del contributo portato alla sua tecnica operatoria.

G. Parlavecchio. Dice che il Mazzoni non fa sempre la cistopessia citata dal Bastianelli.

M. Luzzatto. *Sopra un caso di malattia di Dupuytren.*

R. Accademia di Medicina di Torino.

Seduta del 2 *marzo* 1900. — Herlitzka parla sul *trapianto eteroplastico dell'ovaia di cavia, operando l'innesto tanto sul maschio che sulla femmina.* I resultati furono sempre negativi: gli elementi però si distruggono diversamente; primi gli elementi più specifici, in seguito quelli più differenziati. Ha osservato anche cariocinesi. I resultati dell'innesto sono uguali tanto nel maschio che nella femmina. La differenza dei resultati del trapianto eteroplastico da quello emoplastico avrebbe ragione sull'azione esercitata dall'ambiente organico sull'elemento ereditario. Vicarelli riconosce l'importanza di questi studì, e desidera che si verifichi se possono aversi gravidanze extrauterine sulle cavie, alle quali vengano asportate e poi trapiantate le ovaia, il qual fatto non si è finora potuto ottenere sperimentalmente. Herlitzka risponde che le esperienze sul trapianto emoplastico di Kunner dimostrano la possibilità di gravidanze: però gli autori non parlano di gravidanza extrauterina.

Austria.

Società Imperiale e Reale dei Medici di Vienna.

Seduta del 23 febbraio 1900. — Sternberg a proposito dell'*enteroptosi* ricorda come si osservi specialmente nelle donne, le cui pareti addominali sono rilasciate o che presentano un'insufficienza dei muscoli addominali. Si ammette in generale che la massa intestinale è mantenuta in sito dalla pressione del fegato e l'elasticità della parete addominale. Quest'opinione non riposa su di una base fisiologica, perchè da una parte la pressione intraddominale non si propaga in modo uniforme in tutte le direzioni e, d'altra parte perchè la parete addominale non è ugualmente estensibile in tutti i punti. Crede che se si escludono i casi di rene mobile la enteroptosi non sia troppo frequente. Dal punto di vista terapeutico pensa che non bisogna richiamare l'attenzione dei pazienti a meno che non si debba discutere il quesito dell'operazione. Knöpfelmacher la crede rarissima nei ragazzi; l'ha però veduta in due lattanti che avevano rilasciamento delle pareti addominali. Pauli è del medesimo parere. Dal punto di vista terapeutico pensa che bisogna specialmente preoccuparsi dell'insufficienza motrice dell'intestino, ma non accorda che una mediocre confidenza ai mezzi meccanici di contenzione di quest'organo.

Kampf ritene che la pressione intraddominale non dev'essere riguardata come la causa principale dell'enteroptosi. La costipazione cronica è piuttosto la conseguenza che la causa della splacnoptosi.

Hochenegg presenta un individuo, il quale per *torsione intraddominale dell'epiploon* ebbe la resezione di tutto l'epiploon.

Seduta del 2 marzo 1900. — Lang presenta vari malati di *lupus* curato con l'escisione del focolaio.

Seduta del 9 marzo 1900. — Pendl riferisce su di un caso di *papilloma della vescica,* che da due anni dava luogo ad ematurie accompagnate da disuria, e diagnosticato con il cistoscopio. Venne estirpato con la cistotomia sopra pubica. In vescica ci erano 600 grammi di sangue. Fognò la vescica per 9 giorni e il malato guarì.

Kolzknecht presenta un uomo di 54 anni con *aneurisma dell'innominata* che dava luogo ad oppressione e pulsazioni nella fossa giugulare. Col laringoscopio constatò compressione della trachea, e con la radioscopia una ombra corrispondente appunto all'aneurisma.

Club medico di Vienna.

Seduta del 28 febbraio 1900. — Hammerschlay narra di *tre casi di complicanze otitiche endocraniche* guarite mediante l'operazione, ed in un caso aprendo anche il seno e mettendo allo scoperto pure il cervelletto.

Kienböch ha un caso di *lesione traumatica del sacro* per caduta, in conseguenza della quale risultò tremore alle regioni glutee ed a tutte l'estremità inferiori, mancanza dei riflessi plantari, esagerazione dei riflessi tendinei e periostei, clono dei piedi, ipoestesia tattile simmetrica alle regioni glutee, all'ano e alla faccia. La diagnosi fu di lussazione delle prime vertebre lombari indietro e consecutiva lesione del cono.

Belgio.

SOCIETÀ BELGA DI CHIRURGIA.

Seduta del 17 Febbraio 1900. — BLONDEZ dice che ha osservati tre casi di *dilatazione enorme della vescica,* come Hammeard disse nella precedente seduta. Li crede più frequenti in campagna per le minori cure. DELETREZ e VINCE sono della medesima opinione di Blondez avendone osservato un caso ciascuno.

BLONDEZ dice che la *resezione dell'anca* col processo di Giordano somiglia all'amputazione di coscia alla Soupart.

DEPAGE a proposito della *disarticolazione di coscia* dice che l'applicazione del laccio non è nuova perchè preconizzata da Esmarch e da Desguin. Egli però non fa nè amputazione nè resezione, ma incrocia semplicemente la base dell'arto con la fascia di Esmarch, di cui fa tenere i capi da un aiuto e disarticola direttamente. Egli ha ripetuta la manovra in un altro caso e con vantaggio. Il laccio si fa discendere lungo la piegatura dell'inguine, di là passa indietro al di sopra del grande trocantere, poi ritorna in avanti ove incrocia l'altro capo. I due capi sono mantenuti da un aiuto. BLONDEZ crede che si potrebbero fissare al di sopra del bacino. CHARON in una bambina fece prima la legatura della femorale e poi la resezione della testa del femore. DEPAGE e VANDERLINDEN e GALLET dicono che non vi erano nel suo caso gangli.

DEPAGE narra la storia di un caso di *diverticolo faringo-esofageo* del quale fece l'estirpazione ed ebbe guarigione. Crede non necessaria la gastrostomia preventiva, ma utile la nutrizione con la sonda naso-esofagea.

VERNEUIL parla di un caso di *osteite della volta orbitaria,* alla quale susseguì trombosi della vena oftalmica e del seno cavernoso; flemmone dell'orbita, e morte.

DELETREZ presenta uno *sterilizzatore* che funziona a vapore sottopressione.

WALRAVENS presenta un nuovo *sostegno pelvico.*

POTAIN fa vedere una *cisti dell'ovaio* che conteneva 35 litri di liquido.

Francia.

ACCADEMIA DI MEDICINA DI PARIGI.

Seduta del 27 Febbraio. — LE DENTU legge un rapporto su di un lavoro di ANGER riguardante la *cura dei tumori erettibili con le iniezioni coagulanti* e cioè col liquore del Piazza (percloruro di ferro, acqua e cloruro di sodio). Sono 40 i casi curati e guariti. BERGER fa notare che dopo la iniezioni coagulanti rimangono nella pelle delle marmorizzazioni ed un aspetto di depigmentazione ed ineguale. Di più la circoscrizione del tumore, necessaria per evitare la propagazione della coagulazione con le parti vicine non può farsi in tutte le regioni, ad esempio nella regione zigomatica. Preferisce l'estirpazione, o l'ignipuntura. LUCAS CHAMPIONNIERE invece pensa che è spesso impossibile estirpare il tumore perchè l'operazione lascia una ci-

catrice quando il tumore è piccolo ed anche perchè è difficile attaccarlo quando è grosso. Per lui la cauterizzazione ignea è una buonissima operazione che si può fare benissimo col termo-cauterio con ottimi resultati. Le Dentu dice che per lui l'elettrolisi è il metodo di elezione. L'ignipuntura gli ha pure dati ottimi resultati; però in taluni casi estesissimi l'iniezione del liquido coagulante usato da Anger con tutte le precauzioni necessarie, e non l'iniezione di percloruro di ferro alla dose usata un tempo, non dà degli accidenti e può offrire buonissimi resultati quando gli altri mezzi hanno fallito.

Chipault parla sulle *epilessie generalizzate consecutive ai traumi cranici infantili e della loro cura*. Nei fanciulli invece delle reazioni jacksoniane dànno luogo a reazioni epilettiche generalizzate spesso associate a sintomi piramidali che vanno sino all'emiplegia spasmodica. Queste diffusioni offrono una curabilità notevole agli interventi cranici puramente decompressivi; resezione delle ossa, distruzione delle aderenze, ecc., costituendo di per loro il cammino da seguire in questi casi. In sei casi curati secondo questi principi, l'autore ha vedute delle crisi epilettiche sparire cinque volte completamente e definitivamente.

Berger fa una comunicazione sulla *rinoplastica totale*. È difficile quando si deve rifare il naso totalmente. Cl. Martin ha proposto, per sostenere i lembi, di impiantare nello scheletro della faccia un sostegno metallico a forma di treppiede; ma i resultati sono spesso compromessi dalla suppurazione profonda. Aveva pensato d'includere, nei primi tempi dell'operazione, questo sostegno metallico tra i due piani dei lembi riuniti per prima intenzione in modo da sottrarlo a qualunque possibile infezione. Vantrin l'ha usato pel primo con successo. Egli pure vi è ricorso con uguale successo in un soggetto il cui naso era stato intieramente distrutto e ridotto ad un foro beante; rimaneva solo qualche lacerto di ali e del sotto-setto retratto. Dopo una disinfezione minuta di questa cavità, scolpì due lembi triangolari laterali che furono rovesciati sull'orificio, con la faccia cruentata in avanti. Sulla faccia cruentata di questi lembi app'icò la faccia cruentata di un grande lembo tagliato sulla fronte. Avanti aveva fissato sulla spina renale e le branche montanti dei mascellari inferiori un sostegno in platino che si trovò così incluso fra i due piani dei lembi. L'operazione fu fatta in tre tempi. La riunione fu completamente di prima intenzione, ed il sostegno metallico pare sia stato tollerato definitivamente. Il naso è discreto nella forma estetica.

Seduta del 6 Marzo. — Kelsch parla su tre casi di *ascessi dissenterici del fegato*. Crede che evidentemente vi sia una stretta relazione fra le due determinazioni epatica ed intestinale. Tutto conduce a credere che l'epatite suppurata e la dissenteria dipendano da una sola ed unica causa; ma non è che un'ipotesi. Potremo essere sicuri quando si conoscerà il microbo patogeno della dissenteria e che con quest'agente avremo prodotto l'ascesso del fegato. Ora malgrado tutte le ricerche batteriologiche questo microbo rimane a scoprirsi.

Pinard parla di rapporti fra *appendicite e gravidanza*, ed afferma che la diagnosi è possibile purchè si pensi alla possibilità di quest'affezione.

Duroquet presenta otto ragazzi curati per *lussazione congenita dell'anca*

con apparecchi. La radiografia avrebbe motrato che la testa del femore ha ripresa la sua posizione in cavità.

Seduta del 13 *Marzo* 1900. — KIRMISSON parla sulle *lussazioni repentine dell'anca dall'inizio della coxalgia.* Dice che il trauma non vi ha alcuna parte perchè la lussazione avviene anche essendo il paziente in letto; forse avviene per la brusca contrazione dei muscoli peri-articolari causata dai dolori. Vi sono poche lesioni articolari all'infuori di liquido e fungosità; non distruzioni ossee. Sono curabili con lo stesso metodo delle lussazioni traumatiche, ma specialmente col metodo dolce e durante la narcosi. La riduzione è persistente.

Seduta del 20 *Marzo* 1900 — GUYON a nome di POUSSON comunica un caso di *nefrectomia per nefrite ematurica* in una donna di 31 anno ammalata da circa un anno, e nella quale la nefrectomia non aveva prodotto alcun resultato utile.

RICARD presenta una donna di 50 anni, alla quale fece la *resezione del ventricolo per cancro.* Fu estirpato quasi tutto lo stomaco, una parte del pancreas, la prima porzione del duodeno. E aumentata di peso per 26 chilogrammi.

LANNELONGUE presenta una relazione su di una comunicazione di *Gilles de la Tourette e Chipault* intorno alla *percussione metodica del cranio* (1). Dice che lo spessore delle pareti del cranio sarebbe desiderabile di poterle conoscere; ma non si applicano le ricerche anatomiche che a crani normali e normalmente costituiti, ma non nei casi patologici. La percussione fatta col dito e col martello, colpendo verticalmente, a capelli spostati o testa rasata si percepiscono sensazioni di elasticità e di resistenza del suono così prodotto. La percussione dev'essere sempre eseguita con la bocca chiusa, l'occlusione o l'apertura dell'orificio buccale essendo suscettibile di fare sensibilmente cambiare i resultati ottenuti. La tonalità così ottenuta varia parallelamente con lo spessore delle pareti; è relativamente chiara nel fanciullo, ottusa nell'adulto, più nell'uomo che nella donna, meno ottusa nel vecchio, più chiusa nella regione frontale e parietale che nell' occipitale. Le operazioni eseguite in quattro casi corroborerebbero quest' opinione. Credesi che la continuità o scontinuità della parete cranica eserciti un'influenza chiarissima sul suono dato alla percussione da questa parete. Nei trapanati il suono è più chiaro dal lato trapanato. Di più la percussione permette diagnosticare nei ragazzi idioti o tardivi le eredo-sifilidi in particolare, la sinostosi prematura delle ossa del cranio che impediscono lo sviluppo del cervello. Fornisce così preziose indicazioni alla craniectomia liberatrice preconizzata da Lannelongue.

SOCIETÀ DI CHIRURGIA DI PARIGI.

Seduta del 28 *febbraio* 1900. — REYNIER a proposito della *cura degli ematoceli* presenta la sua statistica dal 1890, che riguarda 42 casi. Ha eseguite 31 laparotomie con 3 morti; 7 incisioni del cul di sacco con 1 morto,

(1) Su quest'argomento ha più volte resentato dei lavori il Prof. De Paoli di Perugia ed in questo giornale è stato reso conto dei resultati ottenuti, specialmente nell'argomento del giorno del mese di dicembre 1899.

3 isterectomie ed 1 laparotomia esploratrice. Queste cifre provano la ragione di adottare quasi esclusivamente la laparotomia nella cura degli ematoceli, perchè permette di riconoscere le lesioni ed assalirle. Di più la colpotomia dà spesso delle emorragie che reclamano la laparotomia.

HARTMANN presenta alcune *considerazioni sul modo di propagazione e sulla chirurgia del cancro dello stomaco*. Le sue conclusioni sono che 1.° il cancro dello stomaco si propaga poco verso il duodeno; 2.° il cancro si propaga principalmente verso lo stomaco ed in particolare dalla parte della piccola curvatura; 3.° il cancro invade rapidamente i gangli, e specialmente quelli della piccola curvatura. Dicendo che la propagazione del cancro dello stomaco al duodeno è rara, è in particolar modo dell'invasione per continuità della mucosa duodenale che intendesi parlare, perchè è meno raro di vedere la propagazione farsi dai linfatici del duodeno, la mucosa restando sana. La propagazione si compie più che tutto dalla parte della piccola curva, e dalla sotto-mucosa e con invasione ai gangli, che si trovano alla biforcazione dell'arteria coronaria stomachica alla nascita delle branche destre di questo vaso. Sono questi gangli che bisogna ricercare ed estirpare con cura e fare ampia la resezione del ventricolo. La tecnica che consiglia è: sfrondare gli epiploon, rialzare il fegato, portare lo stomaco in basso per scoprire la coronaria, che va legata con le sue branche; sezionare lo stomaco a questo punto; rovesciare la porzione pilorica a destra per scoprire e legare l'arteria gastro-duodenale che si annida nell'angolo duodeno-pancreatico; si evita così l'emorragia spesso considerevole, che si produce nel momento della sezione del piloro; terminare con un processo di gastroenterostomia qualsiasi.

LAURENS legge una comunicazione sulla *mastoidite consecutiva ad otite esterna, ascesso sotto-durale, periflebite del seno laterale; trapanazione della mastoide; guarigione.*

DELAGENIÈRE presenta un'osservazione di *cisti glandolare del pancreas* in un uomo di 35 anni sofferente da più di otto anni da dolori con vomiti. Fece un'incisione 4 centimetri a sinistra della linea mediana e cadde su un tumore grigiastro che punse dando esito a liquido biancastro, vischioso. La cisti vuotata aveva delle pareti molto ispessite e molto aderenti agli organi vicini, che cercò, ma inutilmente, di scollare; per cui bisognò facesse la marsupializzazione della sacca dopo averla incisa ampiamente, pulita e lavata. Conseguenze operative semplici.

REYNIER continua la discussione sulla *radiografia nelle fratture* ammettendo la sua infedeltà, e dimostrando che un'esatta riduzione e coattazione è impossibile, bastando contentarsi della buona posizione. KIRMISSON è della medesima opinione, e lo stesso dice FÉLIZET.

ROUTIER presenta un operato d'immenso *tumore ipertrofico del naso*, con ottimo resultato.

SCHWARTZ presenta un malato di *sarcoma telangettasico* del cranio, e che ad ogni tentativo di riduzione dava luogo a sintomi di compressione cerebrale.

LEGUEU fa vedere una giovinetta, alla quale per *tubercolosi renale* fece la nefrectomia ed ureterectomia totale con buon resultato.

LEGUEU presenta un giovine con *rottura traumatica totale dell'uretra*. Fece l'uretrotomia esterna, ma non potendo trovare il capo superiore retratto eseguì l'incisione ipogastrica ed il cateterismo retrogrado, e dopo la sutura dell'uretra.

Routier presenta un *sarcoma splenico* del peso di 2,700 Kili estirpato da quindici giorni.

Tuffier fa vedere un operato di *pneumotomia per ectasie bronchiali multiple,* che ha 29 anni. Sono quattro mesi che è operato e la ferita è chiusa e sembra guarito. Walther crede che la guarigione sia solo apparente; e lo crede dall'esempio di un suo operato.

Delbet osserva che i segni stetoscopici nelle lesioni polmonari che ci occupano tendono sempre ad irradiarsi verso la superficie del polmone seguendo il senso delle correnti ispiratorie. È ciò che spiega che nella base del polmone in generale localizziamo le lesioni troppo in basso, mentre che per lo contrario localizziamo troppo in alto le lesioni dell'apice, ove la corrente inspiratoria è ascendente. Michaux in tre casi si è accertato della difficoltà di queste diagnosi. Walther è della medesima opinione; ma assicura che la radiografia gli ha dati dei resultati probativi. Tuffier non lo crede. Ed errori li da anche la puntura esploratrice alla pari dell'ascoltazione.

Potherat presenta un'*appendice* estirpata in parte ristretta ed in parte dilatata.

Baxy presenta una *canula da clistere* estratta dall'uretra di una donna, che ve l'aveva introdotta, diceva essa, per errore (!)

Seduta del 7 *marzo* 1900. — Poirier a proposito dei *sarcomi telangeltasici del cranio* crede che non si debbano operare a causa della grave emorragia. Egli ne ha avuto un caso.

Walther parla sulle *appendiciti croniche* e dice che le aderenze epiploiche peri-appendicitiche sono frequenti in conseguenza dell'appendicite cronica ed allora bisogna non solo estirpare l'appendice, ma distruggere le aderenze per quanto è possibile e resecare tutto l'epiploon malato contrariamente all'opinione di Jaleguier. L'esistenza delle aderenze provoca di tanto in tanto degli accessi di epiploite, esercita delle trazioni e talora dei restringimenti sull'intestino e lo stomaco e da ciò disturbi digestivi e dolori. È per questo che bisogna togliere le aderenze.

Ricard parla sulla *cura delle fistole vescico-vaginali col metodo del raddoppiamento.* Ne ha curati tre casi e sebbene taluno fosse grave è riuscito nella guarigione. L'abbassamento delle fistole alte si fa facilmente e senza strumenti speciali.

Poirier discutendo sulla *cura delle cisti idatiche* dice che ne ha curati tre casi con la marsupializzazione e la guarigione è avvenuta molto lentamente. Peyrot ha avuto un caso di echinococcia peritoneale multipla consecutiva a rottura di una cisti idatica nell'addome. Crede il metodo di Delbet ottimo per la rapida guarigione che dà.

Pothérat a proposito della *cura dell'ematocele retro-uterino* dice che è partigiano della colpotomia e la laparotomia la riserva alle gravidanze extra-uterine.

Rochard presenta la storia di un caso di Demoulin riguardante *ferita dello stomaco e della milza per palla di revolver.* La laparotomia venne eseguita un'ora e mezzo dopo l'accidente: fu fatta la sutura ed ottenne la guarigione. Non cercò e non trovò il proiettile. Hartmann in un caso quasi simile con ferita della milza per l'emorragia dovè fare la splenectomia. Al

quarto giorno avvenne peritonite per perforazione della parete arteriosa dello stomaco, forse per la caduta di un'escara. MICHAUX cita puro un caso simile nel quale non potè trovare il proiettile. Ebbe morte per peritonite da perforazione. All'autopsia venne trovata una doppia perforazione del colon trasverso, una ferita del pancreas ed una doppia escara dello stomaco pronta ad eliminarsi. Non fu trovato il proiettile. Crede che debba essere sempre eseguita la laparotomia d'urgenza. Questa è anche l'opinione di POTHÈRAT, ROCHARD, HARTMANN e RECLUS.

JALAGUIER presenta un giovane con un *corpo estraneo articolare formato da un lipoma sotto-sinoviale.* Fece l'artrotomia, peduncolò il tumore e lo legò con catgut e lo fissò alla faccia esterna della cassula articolare. Apparecchio gessato, massaggio, guarigione. LE DENTU, BONN e TUFFIER hanno veduti casi analoghi, ma hanno esciso il lipoma; ma TUFFIER d'ora in poi seguirebbe l'esempio di Jalaguier.

THIERY presenta un caso di *actinomicosi peri-temporo-mascellare.*

REYNIER presenta un caso di *palla di revolver nell'orbita, diagnosticata ed estratta coll'apparecchio di Contremoulin.*

RICARD presenta un caso di *schiacciamento del rene,* pel quale fece la nefrectomia, ed il paziente guarì. GERARD-MARCHANT crede che per operare non si debbano attendere i sintomi di infezione, ma appena si ha ematoma lombare. TUFFIER invece con Ricard pensa che si debba operare quando vi è imminenza d'infezione, a meno che non si tratti di emorragie formidabili.

Seduta del 14 *marzo* 1900. — POTHÈRAT sempre a proposito della *cura chirurgica delle cisti idatiche del fegato* ricorda l'osservazione di Peyrot; nella quale le cisti rotte servirebbero di innesto e dice che questa interpretazione è erronea, perchè nessuna produzione idatica, madre o figlia, può dare luogo ad una cisti idatica; occorre un embrione escarante per la produzione di queste ultime. RICARD cita un caso, che lo fa essere di opinione contraria a quella di POTHÈRAT, il quale pensa che il numero delle vescicole idatiche sia dipendente da fatti di intossicazione; ed in quanto allo sviluppo per innesto crede che niente provi che gli altri piccoli tumoretti esistessero quando venne fatta la prima operazione. DELBET dice che tutti ormai sono contrari alla marsupializzazione sebbene superiore ai metodi antichi. È un fatto che così la guarigione si ha dopo lungo tempo e con la conseguenza di qualche fistola. La membrana avventizia dopo l'estirpazione della germinativa non secerne più; se si hanno emorragie, sono da infezione. In quanto alle trasudazioni glandolari non vi è che la colerragia primitiva o secondaria che s'impedisce suturando il canale che fornisce il liquido, e facendo la riduzione senza drenaggio. L'incisione deve essere ampia per bene esplorare: l'esportazione della membrana germinativa è facile: in ogni modo non raschiamento, non lavaggi. Non asporta membrane avventizie, non resezioni parziali se non è infetta. Se la ciste è toracica, non può pronunciarsi sul valore del metodo; ed anche il capitonnage è difficile. Riassumendo, nemico della puntura che è pericolosa, della marsupializzazione che ha degli inconvenienti, partigiano in taluni casi del capitonnage dichiara che il metodo di elezione è la riduzione senza drenaggio, perchè è rapida, non pericolosa ed efficace.

SCHWARTZ a proposito delle *ematurie nelle contusioni lombari* cita il caso

di un uomo malato da due anni, e nel quale vide scomparire ematoma ed ematuria con le iniezioni di siero e le iniezioni di ergotina.

BAZY cita un caso di *ferita dello stomaco per palla di revolver,* che era penetrata dalla regione epigastrica. Con la laparotomia trovò la ferita, il proiettile, ma non la sorgente di una copiosa emorragia. Applicò delle pinze a permanenza e fece il tamponamento.

BORNY a proposito della *cura delle fistole vescico-vaginali con lo sdoppiamento del setto* dice che il metodo gli ha dati più volte dei successi. Occorre però che la sonda funzioni bene, e che si usino dei diuretici per opporsi alla formazione dei fosfati orinari.

KIRMISSON riferisce su di un'osservazione di BOUQUET riguardante il *male di Pott e scomparsa della gibbosità col decubito ventrale* in un bambino di undici anni.

TERRIER parla sull'*acqua ossigenata in chirurgia* a proposito di un lavoro di PLUYETTE, il quale ne trasse vantaggio in un caso di sfacelo. La ritiene come uno dei migliori antisettici. QUENU l'ha trovata utilissima nelle operazioni sul retto con gangrena e sacche ascessuali. REYNIER la trova opportuna nella setticemia gangrenosa. Non conviene valersi di quella del commercio sovraccarica di acido cloridrico, e quindi produce cauterizzazioni troppo forti. QUENU non ha mai verificati simili accidenti, sebbene non estrinsechi la sua azione che se è acida. MICHAUX l'ha trovata utile in un caso di gangrena. TERRIER afferma non avere mai veduti gli inconvenienti attribuitigli da Reynier.

QUENU presenta un uomo operato da nove anni di resezione di *varici* e da undici mesi di *cancro del retto;* TUFFIER un operato di *ipospadia* col processo di Noré-Josserand, e SEGOND ne cita un caso ma seguito da insuccesso.

DOYEN fa vedere: 1.° un tumore costituito da un *agglomeramento ileocecale consecutivo ad appendicite;* 2.° un *endotelioma della dura madre;* 3.° un *fibroma uterino;* 4.° vari pezzi di *trapanazione cranica.*

Seduta del 21 *marzo.* — QUENU a proposito della *generalizzazione delle cisti idatiche* e di ciò che dissero nell'ultima seduta Peyrot e Pothérat, crede che non abbia ragione quest'ultimo. La quistione è di sapere se una vescicola idatica è suscettibile d'innesto.

Nessun zoologo risponde negativamente e fatti clinici lo affermano. Ne ha veduto un caso a 18 mesi di distanza dall'operazione. POTHERAT dice che la teoria di Volkmann sull'innesto non è compatibile con le metamorfosi della tenia. MICHAUX ha osservati vari casi di innesti, ma dice che bisogna distinguere questi fatti di sviluppo per innesto di tumori idatidei che si svolgono primitivamente nell'epiploon. BROCA con Jalaguier ha veduto un caso di rottura di ciste idatica nel ventre, e consecutivamente numerose cisti idatiche nel peritoneo. Un tedesco ha chiaramente dimostrato l'esistenza nel liquido cistico di elementi suscettibili di innestarsi.

ROUTIER presenta una memoria di AUVRAY e MORESTIN sulla *rottura delle gravidanze ectopiche* e consecutiva laparotomia. Raccomandano il pronto intervento laparotomico e l'accurata nettezza del peritoneo. QUENU a proposito dell'inondazione peritoneale e dell'azione del sangue nel peritoneo cita un caso: aggiunge che al tamponamento alla Mikulicz preferisce il drenaggio.

DELORME parla sulle *fratture e radiografie* venendo a queste conclusioni: 1.° Oggi che il metodo radiografico precisa ed accusa la responsabilità dei chirurghi pare indicato di ridare alla cura delle fratture la parte d'attenzione di cure assidue e varie che reclamano. 2.° La cura classica dei fratturati con l'immobilizzazione non è suscettibile di tutti i rimproveri che le vengono fatti: spesso questi sono dovuti al chirurgo. 3.° Mi pare preferibile ricercare l'immobilizzazione delle fratture delle diafisi con apparecchi amovo-inamovibili anzichè con apparecchi inamovibili. I primi permettono una sorveglianza più attenta, l'applicazione di mezzi propri a correggere deformità intercorrenti; contengono meglio l'arto. 4.° Di questi apparecchi amovo-inamovibili uno dei più utili pare sia quello di zinco a valve che contornano irregolarmente i segmenti muscolari ristretti in corrispondenza delle articolazioni e presentano qualità che nelle fratture con grandi spostamenti permettono l'estensione. Esercita una contenzione moderata e sufficiente, permette di completarla localmente con tamponi di ovatta compressa che si oppongono a spostamenti laterali dei frammenti; finalmente facilita, semplifica e rende inoffensiva l'applicazione delle medicature nelle fratture complicate. 5.° La ricerca della forma non è più oggi come un tempo di minima importanza da disdegnarsi dal chirurgo; non è incompatibile con il mantenimento della funzione dell'arto fratturato. Una frattura bene ridotta guarisce presto e meglio di una frattura male ridotta. Se una costrizione energica ed ischemizzante compromette la formazione del callo non è necessaria per ottenerlo regolare. 6.° La ricerca della forma e della lunghezza dell'arto dev'essere ricercata ogni qual volta è possibile. 7.° Una cura complementare insufficiente e troppo tardiva è la causa principale dei resultati sfavorevoli constatati in conseguenza della cura della frattura delle diafisi. LOISON riassume così il suo pensiero: 1.° che la radiografia applicata alla diagnosi e cura delle fratture rende grandi servigi al chirurgo che sa interpretare convenevolmente le sue risposte; 2.° che non può sostituirsi alla clinica e non fa che venirgli in aiuto come mezzo complementare di diagnosi e di controllo; 3.° che per trarre tutto il partito possibile dalla radiografia bisogna essere chirurghi e radiografi, come per maneggiare oftalmoscopio e laringoscopio non basta essere fisici; 4.° se dei feriti curati razionalmente e coscienziosamente da un chirurgo vanno poi da un radiografista che opera male scientemente o per ignoranza e mostra dei calli la cui deformità pare esagerata non vi è che rifare da se delle radiografie in condizioni convenienti, e mostrare che si è abusato del paziente. MANOURY crede esagerati gli attacchi alla radiografia avendone tratto profitto.

SIERRA legge un'osservazione di *coledocotomia* per estrarre un grosso calcolo; GUINARD presenta un caso di *actinomicosi faciale;* THIERY un altro di *actinomicosi pterigo-mascellare;* SCHWARZ un laparotomizzato per *peritonite generalizzata di origine appendicitica;* TUFFIER una malata che aveva subita la *pneumectomia* per gangrena polmonare; SCHWARTZ presenta un *osteoma* della regione glutea consecutivo ad una ferita prodotta da un chiodo.

SOCIETÀ DI CHIRURGIA DI LIONE.

*Seduta dell'*8 *febbraio* 1900. — GOULLIAND comunica l'osservazione di un malato con *cancro invaginato retto-sigmoidale*, di 48 anni, e sul quale ha

eseguite due operazioni, e cioè prima l'estirpazione dell'intestino dalla via perineo-vaginale e quindi una perineorrafia che permise la ricostituzione di un ano normale e di una vagina normale; e più tardi l'amputazione totale del retto dalla via addomino-perineale seguendo il processo di Quenu. Tutto l'intestino amputato misurava 36 centimetri sulla sua parete posteriore, di cui 48 dal tumore all'ano. VILLARD crede che se il tumore è limitato si possa estirpare dalle vie naturali dilatando l'ano e rispettando lo sfintere. DURAND crede che le indicazioni sieno rare.

CHANDELEUX riferisce la storia di una *splenectomia per milza mobile* con porzione del peduncolo in una donna di 42 anni. È la torsione del peduncolo che indicava la splenectomia.

Seduta del 15 *febbraio* 1900. — VALLAS presenta un uomo con *frattura della diafisi radiale curata col massaggio* anche con lo scopo di vincere la resistenza dei muscoli. Il resultato è stato molto buono. OLLIER non comprende la voga inesplicabile del massaggio nelle fratture e si domanda se la contrattura non si sarebbe vinta anche con l'immobilizzazione. VALLAS osserva che si sarebbe avuta atrofia muscolare.

VILLARD parla di un caso di *gastro-duodenostomia sotto-pilorica.* Ha avuto l'idea di anastomosare la seconda parte del duodeno col principio della grande curva dello stomaco in corrispondenza della sua estremità destra, cioè due organi anatomicamente faccia a faccia. L'ha eseguita tre volte con due guarigioni. GOULLIOUD loda l'operazione che è difficile e che però può permettere il reflusso della bile nello stomaco. VALLAS lo trova pure eccellente, ma crede che debba essere limitato. Crede che la difficoltà consista nel porre le suture profonde; ma VILLARD assicura che l'anastomosi facendosi al di sopra del punto d'imbocco del coledoco non può esservi reflusso, che la difficoltà non è grave.

Inghilterra.

SOCIETÀ CLINICA DI LONDRA.

Seduta del 23 *febbraio* 1990. — CLAIR THOMSON parla di un caso di *tubercolosi primitiva del setto nasale* in una giovane, alla quale nel '96 fu tolto dal setto un tumore grosso come una noce avellana e caratterizzato per tubercolare perchè si aveva reazione con la tubercolina. Vennero trovate cellule giganti, ma non i bacilli di Koch.

BATTLE presenta un caso di *lussazione traumatica del ginocchio* rriducibile e curata chirurgicamente.

BARKER parla di un caso di *macroglossia* che operò due volte. La prima volta vi era preponderanza di tessuto linfoangiomatoso, e la seconda tessuto di nuova formazione.

NOLLIS presenta tre casi di *artroectomia.*

Germania.

SOCIETÀ MEDICA DI BERLINO.

Seduta del 21 *febbraio* 1900. — PARISER parla sull'*erosione emorragica della mucosa gastrica* che si differenzia dall'ulcera, perchè immediatamente

o mezz'ora dopo l'ingestione di cibi insorsero dolori e bruciori di tutto lo stomaco, che si scemarono col lavaggio. Motilità ed acidità normale o subnormale. La malattia, con interruzioni, dura varî anni. Nell'acqua di lavaggio si trovano lacinie della mucosa, ed ha tinta rossiccia. È in rapporto con catarro gastrico, per cui la chiama gastrite cronica esfoliativa.

VIRCHOW dice che ogni ulcera comincia con un'erosione.

SOCIETÀ DI MEDICINA INTERNA DI BERLINO.

Seduta del 19 *febbraio* 1900. — JOLLY a proposito di *nevro atie traumatiche* presenta un operaio che alcuni anni prima era stato afferrato da un bilanciere e sbalzato col capo su di un mucchio di carbone. Ne susseguì paralisi faciale completa bilaterale, disturbi della sensibilità nel territorio della seconda branca del trigemino, cheratite e poi perdita dell'occhio, diminuzione dell'udito. Crede vi sia stata frattura della base del cranio con lacerazione dei due faciali e di un ramo del trigemino.

Seduta del 21 *febbraio* 1900. — FRAENKEL parla sull'*aneurisma dell'aorta curato con le iniezioni di gelatina* presentando il pezzo anatomico di un uomo. La voluminosa sacca aneurismatica era in gran parte ripiena di coaguli antichi che si sono prodotti senza dubbio sotto l'influenza delle iniezioni di gelatina. LITTEU crede che il solo ed unico mezzo di cura efficace degli aneurismi sia il soggiorno in letto. I mezzi che cercano la coagulazione del sangue nel sacco aneurismatico non dànno che resultati negativi. Le coagulazioni presentate si hanno pure nei casi curati col semplice riposo in letto.

RIVISTA DEI GIORNALI DI CHIRURGIA

Il Policlinico, N. 6, marzo 1900.

Dott. ODOACRE TORRI. — *La tiroide nei morbi infettivi.* Lavoro in corso di pubblicazione.

Dott. ORESTE SGAMBATI. — *Lo sviluppo del cancro nelle glandole linfatiche.* L'A. di questo accurato lavoro viene alle seguenti conclusioni:

1.° In quasi tutti i casi di cancro mammario, indipendentemente dalla metastasi cancerosa, esiste una tumefazione omolaterale delle glandole linfatiche dell'ascella. Questa alterazione che passa in genere sotto il nome di *ingorgo per consensum* differisce molto per l'aspetto tanto macro che microscopico da quello proprio alle comuni infiammazioni acute o subacute. Consiste precipuamente in una iperplasia dei corpuscoli linfoidi, accompagnata da ispessimento della capsula, assottigliamento e dilatazione delle maglie del reticolo di sostegno, sclerosi notevolissima dei vasi sanguigni e specialmente delle arterie che possono obliterarsi completamente.

Circa il sistema delle lacune e seni linfatici endoglandolari, notasi sempre in esse una forte dilatazione con marcata ipertrofia ed iperplasia degli elementi endoteliali che possono assumere forma ed aspetto tali da poter essere confusi con elementi cancerosi.

Queste alterazioni dànno ai gangli i caratteri clinici di quelli veramente invasi dal cancro (volume aumentato, superficie bernoccoluta, durezza fibrosa) e sono completamente indipendenti da possibili pregresse affezioni flogistiche della regione mammaria.

2.° Le prime tracce del cancro nelle glandole si manifestano per solito nei vasi afferenti o nei seni sottocapsulari corrispondenti a quelli. Ciò non esclude che in qualche caso si possano trovar prima negli efferenti, come abbiamo avuto occasione di osservare noi stessi.

3.° L'inizio dell'infezione cancerosa nelle glandole è rappresentata da una vegetazione più o meno peduncolata, che si solleva da un tratto della parete endoteliale di uno spazio o vaso linfatico che resta in parte ancora permeabile alla corrente, sia da uno o più strati continui di elementi cancerosi che si sostituiscono in tutto od in parte all'endotelio stesso, lasciando libera per un tempo indeterminato una parte del lume vasale.

4.° L'occlusione completa di un vaso linfatico afferente per parte di un embolo canceroso è condizione che rende difficile o impossibile la vitalità e l'attecchimento dei germi embolizzati, potendone derivare la necrosi o la formazione di un infarto linfatico e la fibrificazione in massa di tutto il tessuto glandolare dipendente da detto vaso.

Le conclusioni 3 e 4 rappresentano la conferma fisiopatologica dei risultati da noi ottenuti nell'embolismo sperimentale di epiteli normali nel cane; l'attecchimento e la riproduzione degli elementi embolizzati sull'endotelio delle arteriole polmonari solo quando si produceva l'infarto.

5.° Nella cavità ascellare delle inferme di cancro mammario si riscontra a volte la neoformazione di follicoli linfatici primordiali. Essi possono fin dall'inizio del loro sviluppo andar soggetti all'infezione cancerosa.

6.° Si può presentare la metastasi cancerosa in glandole precedentemente tubercolari.

7.° Le alterazioni precancerose caratteristiche e costanti dei gangli linfatici (così detto *ingorgo per consensum*) non possono sempre essere attribuite a fatti di ostacolata circolazione linfatica, ma devono forse la loro origine ad una influenza tossica che è da ricercarsi sia nei prodotti regressivi degli elementi cancerosi, sia nei parassiti che potrebbero essere il fattore etiologico del neoplasma. Essi si riscontrano anche nei gangli con metastasi iniziali del cancro.

Archivio di Ortopedia, N.° 5 e 6.

Vanghetti. *Plastica dei monconi a scopo di protesi cinematica.* Dopo di aver notato che la protesi degli arti è rimasta in uno stadio piuttosto elementare e che le braccia e le mani meccaniche sono più che altro un contributo alla cosmesi, pone il seguente principio: In una amputazione o disarticolazione, il tendine di un muscolo qualunque, provvisto della necessaria protezione fisiologica, potrà in generale servire alla protesi cinematica, qualora con esso possa formarsi un punto d'attacco artificiale, sottoposto alle medesime condizioni di protezione.

Infatti, considerando come la parte di un tendine rimasta coperta dall'epidermide o da un lembo si mantiene indefinitamente, si può ripiegare una porzione di un tendine, in luogo di tagliarla, al disotto dell'epidermide lembo facendone preventivamente un cappio, ansa o nodo qualunque.

Siccome però quando un tendine viene staccato dalla sua inserzione, il muscolo corrispondente subisce una retrazione primaria all'atto del taglio ed in seguito una secondaria, l'A. dopo esperimenti fatti sui polli, trovò il modo di evitare i cattivi effetti di ambedue le retrazioni ed anche della contrazione volontaria creando nel moncone un punto d'attacco interno sul tendine dal quale parte un collegamento con un altro punto esterno e fisso sopra un apparecchio, senza per questo ostacolare la cicatrizzazione. Indicato il modo col quale si possono neutralizzare i cattivi effetti della retrazione muscolare, l'A. espone che due sono i sistemi principali per creare il punto d'attacco vivente ossia sul tendine, a seconda cioè che nel tessuto si pratichi o no un foro destinato al passaggio del tirante meccanico. L'A. nota che l'ordinaria protesi del braccio è più insufficiente di quella della gamba mentre è più utile la prensione della deambulazione e per questo egli si occupa a preferenza della protesi cinematica della mano e del resto del braccio.

Lo spostamento del punto d'attacco vivente durante la contrazione in genere può dirsi proporzionale alla lunghezza del ventre del muscolo utilizzato, così considerando che le anse naturali formate dall'estensore comune delle dita hanno uno spostamento di circa 2 cm., possiamo ritenere che un'ansa di 3-5 cm. sarà sufficiente ad utilizzare nella mano ogni muscolo, tenuto conto anche della invaginazione momentanea all'atto della contrazione.

Si potrà sospettare che il tendine ricoperto dalla cute e parti molli possa essere assorbito e sparire, ma è lecito ritenere che la mantenuta funzionalità del tendine abbia influenza favorevole a mantenere anche la sua individualità anatomo-fisiologica.

L'ipotetico inconveniente che il punto vivo d'attacco cioè la maglia o clava formata nel tendine dove avviene la pressione maggiore del tirante, possa subire qualche danno, può essere evitato colle necessarie precauzioni nel contatto fra maglia viva e maglia morta (tirante) quali sarebbero l'imbottitura e l'esercizio progressivo della contrazione in modo che l'epidermide della maglia venga a poco a poco ad indurirsi e rendersi callosa. Altro mezzo sarà l'aumento del contatto fra maglia e tirante, sia aumentando preventivamente lo spessore del tendine mediante raddoppiamento di esso o fasciatura con tessuti adatti, sia aumentando lo spessore e la larghezza di ambedue le parti.

L'ansa o la clava formate all'estremità del tendine saranno piuttosto tozze ed in quanto al tirante, secondo l'A., sarà preferibilmente un laccio o una fionda (secondo che si tratti di ansa o di clava) composti d'un fascio di fili attorti.

Ammessa come dimostrata la possibilità di formare e mantenere un punto d'attacco vivente, secondo il principio posto a base del sistema, la funzione del muscolo utilizzato può considerarsi come indifferente. Se infatti supponiamo una mano meccanica che tenda automaticamente a stare aperta ed abbia un tirante che serva a farla chiudere, qualunque sia la forza del muscolo (flessoria od estensoria) applicata al tirante, si otterrà sempre la chiusura della mano: per l'adattamento sarà questione di tempo tanto pel muscolo quanto per l'individuo.

Data poi la forza motrice di un sol muscolo, si potrà da esso ottenere

movimenti diversi semplici o composti, purchè successivi. In tali casi al muscolo verrebbe conferita artificialmente una funzione mista, l'individuo potrà avere per il medesimo arto amputato apparecchi meccanici differenti con funzione prevalente varia.

Il chirurgo nelle amputazioni dovrà dunque cercare di salvare almeno un muscolo in buone condizioni di protezione guardando piuttosto alla robustezza che alla funzione anatomica di esso ed associandogli per saldature qualche altro muscolo privo di porzione tendinea o d'altra condizione indispensabile per istare a sè.

Quando circostanze speciali impediscano al chirurgo di compiere l'atto operativo come sarebbe richiesto dalle regole date, non resterebbe altro che fasciare largamente di epidermide il muscolo superstite inchiudendovi il tendine ripiegato in modo che passate le circostanze contrarie, possa essere facilmente scoperto ed utilizzato. Se poi il muscolo è diventato alquanto atrofico, il massaggio preventivo e l'esercizio lo potranno ricondurre allo stato primiero.

Le amputazioni fatte da tempo secondo il modo ordinario potranno essere rese suscettibili dalla nuova protesi almeno nella maggior parte, ma è probabile che il risultato non sia sempre così perfetto come quello ottenuto da un'amputazione fatta colle vedute già espresse.

Si può venire dunque a questa conclusione:

In qualunque amputazione vecchia o nuova, il chirurgo potrà o dovrà *cinematizzare* almeno un muscolo qualunque e quando ciò per circostanze di mezzi, tempo od ambienti non fosse possibile, il chirurgo dovrà per lo meno fissare in giusta tensione sopra ligamenti, ossa, ecc. i tendini e muscoli che vi si prestano. L'A., del quale abbbiamo riferito qui solo le idee principali, nell'ultima parte del suo lavoro espone poi diversi meccanismi assai ingegnosi per utilizzare, specialmente a favore della mano, il muscolo *cinematizzato*.

Archivio Italiano di Ginecologia N. 1 Febbraio 1900.

Marchesi. — *Sulle cisti imeneali.* È una nota anatomo-clinica dell' Istituto diretto dal Prof. Chiarleoni, dalla quale risulta che le cisti imeneali si possono paragonare benissimo a quelle cisti della vagina che hanno origine dalla occlusione di cripte vaginali, qualunque sia il loro epitelio, dimostrando questo nelle sue varietà i varî stadî che l'epitelio pavimentoso dell'imene, rispettivamente della vagina, percorre, quando una insenatura della mucosa si foggia a spazio chiuso.

Bignami. — *Contributo all'operazione cesarea conservatrice con taglio sagittale sul fondo.*

Perondi — *La clavicotomia.*

De Marsi Arturo. — *Processo operativo per la cura chirurgica del cistocele vaginale.* Nel 1.° tempo si fa l'incisione mediana longitudinale del tessuto mucoso o sottomucoso della parete vaginale anteriore, incisione che si può estendere dal tubercolo sub-uretrale al fornice, ma che può essere anche minore a seconda dell'ampiezza del colpocele: due piccole incisioni trasverse, una perpendicolare al cominciamento della prima longitudinale. l'altra alla fine pel sollevamento dei lembi, completeranno il 1.° momento, Nel 2.° tempo per l'incisione mediana sollevamento di due lembi laterali

quadrilateri, che corrispondono alla parte prolassata, ed hanno inserzione fissa ai lati in tutta la lunghezza della vagina. Collocamento degli occorrenti punti di sutura, staccati, in seta forte e sottile per mettere a reciproco contatto nella linea mediana la parte fissa dei lembi ed intraflettere la parte prolassata. 3.° tempo. Chiusura de' nodi profondi pel combaciamento rispettivo dei due lembetti quadrilateri. 4.° tempo. Sutura continua della parte libera dei lembi.

Annali di Laringologia, Otologia, Rinologia e Faringologia, N.° 1, 1900.

Massei. — *In onore di Giuseppe O' Dwyer.* È una conferenza tenuta a Roma in onore dell'inventore dell'intubazione, della quale egli pure si fa il patrocinatore, in quanto, come scrisse Billroth, la tracheotomia nei bambini è una delle più difficili operazioni.

Genta. — *Sopra un caso tipico di labirintite acuta.* È un caso rarissimo consecutivo, a quanto pare ai disordini gastro-intestinali e da ciò febbre ed intossicazione successiva dell'acustica.

Guamunia. — *Ascesso extra-durale da mastoidite per influenza.* Fu operato penetrando nel cranio ed ottenendo guarigione.

Masini. — *Sulla rinite caseosa.* Gli pare accettabile l'opinione di Cozzolino che si leghi alla scrofolosi, perchè facilita l'attecchimento di quel qualunque agente patogeno capace di dar luogo all'iniziarsi e svolgersi del processo morboso.

Della Vedova e Ambrosini. — *Tavole oto rino-laringometriche compilate secondo gli studi anatomici originali.* Sono eccellenti appunti.

Martini. — *La trasmissione dei suoni per la via della sensibilità generale* Riassunto.

Annals of Surgery, Marzo 1900, n. 3.

Robert Abbe (New York). — *Effetti della somministrazione intra-cerebrale e sottocutanea di antitossine tetaniche osservati in nove casi di tetano.* L'A. riferisce di nove casi di tetano da lui curati all'ospedale di Roosevelt colle iniezioni di siero antitetanico dell' ufficio di sanità e di Parke, Davis e Company. E conclude che la favorevole azione si manifesta nel pronto arresto dello spasmo convulsivo generale o nel rallentamento della progressione dei sintomi gravi. Queste limitate esperienze conducono a considerare questo mezzo come prezioso aiuto nello scientifico trattamento di questa grave malattia e che le iniezioni cervicali sono superiori al metodo sottocutaneo e degne di massime esperienze e di nuovi studi.

L. Freeman (Colorado). — *Nuovo metodo di sutura nelle operazioni di ernia inguinale e nelle altre forme di ernia.* Nella cura radicale delle ernie alla Bassini, l'A. propone questa nuova sutura dello strato profondo che ha il vantaggio di essere amovibile in caso d' infezione o di irritazione. Infila l'ago con doppio filo che forma così un ansa e dà con questo i punti ai muscoli e all' arcata del Poupart. Passa nelle due anse formate dalla seta due fili duri metallici inargentati, sui quali stringe i punti, formando così una sutura incavigliata. Si noti che i fili metallici sono incurvati in modo che fuoriescono dalla ferita all' estremità pubica dell' incisione per modo che possano in secondo tempo venir afferrati, stirati fuori e così levati i punti profondi. L'A. l' ha impiegato in tre casi con successo, lo consiglia quando l'anello è molto largo.

FARGUHAR CURTIS (New York). — *Frattura del collo dell'omero con dislocazione del frammento superiore.* Storia di tre casi. Riferiti questi, l'A. fa un confronto tra i risultati ottenuti colla riduzione e colla resezione e dice che probabilmente la resezione dà i migliori risultati nei casi di frattura del collo anatomico che non in quelle del collo chirurgico e che la riduzione è preferibile in tutti i casi.

CH. CUMSTON, (Boston). — *Prolasso del retto nei bambini.* Studia le cause del prolasso del retto nei bambini, riporta tre casi, di cui il terzo in un bambino di sei anni in cui il prolasso era tale da raggiungere quasi lo spazio popliteo. L'A. ritiene che l'intervento chirurgico sià necessario d'urgenza in caso di prolasso del retto ed invaginazioni del colon, che sia necessario in tutti i casi di prolasso cronico irriducibile per le conseguenze generali e speciali complicanze che possono presentare e che nei casi di prolasso cronico riducibile non possono essere curati con lievi mezzi terapeutici, la resezione è ancora indicata.

A. BENNET, (Colorado). — *Relazione dei risultati ottenuti nelle fratture non consolidate col metodo di Parkhill.* L'A. ha impiegati in 14 casi i chiodi ossei di Parkhill nelle peggiori condizioni: in paese non civilizzato, senza o con poca assistenza ottenendo risultati soddisfacentissimi in quanto alla guarigione.

A. ASHTON BEY (New York). — *Caso di osteomielite acuta del femore con infezione generale da stafilococco aureo terminato colla guarigione.* Riferisce il caso in una bambina di 8 anni. I punti notevoli sono: 1.° Infezione della cavità midollare del femore da stafilococco in seguito a trauma. 2.° Infezione del sangue da parte di questo microrganismo e delle sue tossine. 3.° Uso del siero antistafilococcico e l'assenza di un focolaio metastatico di suppurazione in una infezione stafilococcica. 4.° La consecutiva eliminazione dall'organismo pel rene, effetti sui visceri del microrganismo e degenerazione di questi.

R. MORRIS (New York) — *Fistola dermoide coccigea.* Relazione di un caso con illustrazioni rappresentanti le sezioni della fistola.

BRUCE HARVIE (New York) — *Relazione di un caso di guarigione in seguito a gastrectomia per carcinoma.* Riporta la storia, l'esame anatomo-patologico e microscopico dei pezzi asportati. La paziente è entrata nell'ospedale l'11 maggio '99 è uscita il 25 giugno essendo capace di mangiare un copioso desinare e digerirlo, riprese i suoi lavori domestici, tranne il lavare; ed il disturbo che accusava era un senso di stiramento all'epigastrio. Il peso che era di 79 *pounds* all'entrata, il 15 agosto era di 100 *pounds*.

FARGUHAR CURTIS (New York). — *Due casi di strettura cicatriziale dell'esofago trattati colla gastrostomia, colla cucitura a borsa di tabacco e la dilatazione permanente di tubi elastici.* Riferisce questi due casi per lo speciale interesse della gastrostomia colla cucitura a borsa di tabacco lasciata per lungo tempo e per la dilatazione ottenuta dell'esofago mediante la sonda.

Revista de Chirurgie, 1, 2 gennaio e febbraio 1900.

SEVEREANN e GEROTA. — *Anestesia chirurgica con le iniezioni di cocaina pel canale rachidieno.* Sono otto osservazioni, nelle quali furono ottenuti resultati favorevoli.

RAWVICEANN-PITESTI. — *Anestesia generale con la cocaina.* La soluzione

usata è Cocaina 1 gr.: Cloridrato di morfina 10 centigrammi. Acqua distillata 100 gr. Riferisce 16 osservazioni.

BALARESCU. — *Anestesia chirurgica con le iniezioni di cocaina nel sacco aracnoideo lombare.* Sono 53 osservazioni, dalle quali deduce che tali iniezioni producono analgesia completa dell'arto inferiore, del perineo, del retto, della vescica, degli organi genitali esterni, e delle parti addominali sino al di sotto dell'ombelico; non si può precisare la quantità di eserina necessaria; la durata dell'analgesia è sufficiente per compiere qualsiasi operazione; i fenomeni secondari sono primitivi e tardivi ma mai mortali, tanto più se si usa nelle iniezioni quella prudenza che è necessaria sino a tanto che non si sieno meglio studiate le applicazioni.

JONNESCO. — *Sutura addominale.* La descrizione di questa sutura è riferita in questo giornale a pag. 955 del 1899.

GLOILAY. — *Riflessioni sopra un corpo estraneo nell' organismo.* Sono due casi clinici.

Revue de Chirurgie, N. 3, marzo 1900.

POSADAS. — *Psorospermiosi infettante generalizzata.* Descrive un parassita produttore della malattia per la sua presenza costante nelle lesioni mucose; perchè inoculato negli animali produce in questi la medesima malattia e le medesime lesioni che nell'uomo; per la sua presenza costante nelle lesioni degli animali; per la mancanza di qualunque altro meccanismo nei tumori; perchè con i tumori degli animali inoculati si possono infettare altri animali della medesima specie o di specie differente.

TERRIER e AUVRAY. — *Tumori delle vie biliari. Vescichette e canali biliari.* Dallo studio dei vari casi dimostra che i resultati remoti delle operazioni radicali sono detestabili; qualunque cosa si faccia, per quanto completa ed estesa sia l'estirpazione, la recidiva è la regola, pare ancora che sia rapidissima nel cancro della vescichetta, senza dubbio a causa della generalizzazione che si fa rapidamente al fegato. Pur tuttavia la colecistectomia deve esser fatta in tutti i casi nei quali le condizioni generali del soggetto e l'estensione agli organi vicini non costituiscono una controindicazione formale.

MALLY. — *Studio chimico e sperimentale sulle bruciature causate dall'elettricità industriale.* Sono lesioni di ordine termico assolutamente differenti alle bruciature ordinarie per i loro caratteri clinici. I loro caratteri specifici, indolenza, asetticità, secchezza si spiegano per le loro condizioni fisiche che non possono essere realizzate che con l'elettricità; non è quindi a stupirsi che le bruciature elettriche formino una classe di accidenti assolutamente isolati e sconosciuti prima dell'uso industriale dell' elettricità.

GOSSET. — *Cura delle ritenzioni renali.* Le indicazioni sono due: 1.° vuotare la raccolta; 2.° prevenire il suo ritorno, cioè ristabilire lo scolo normale e completo dell'orina dall'uretere. Per questo converrà eseguire la nefrostomia preliminare, ed una volta messo l'uretere in riposo e disinfettati i tessuti ristabilire la via ureterica con la sezione dello spessore o con anastomosi laterale dell'uretere alla sacca.

VEAN. — *Studio dell'epitelioma branchiale del collo (Branchioma maligno della regione cervicale).* L'origine branchiale può essere considerata se non come già dimostrata, almeno come infinitamente probabile. Sarà esagerato

ed anche inesatto dire che solo l'elemento epiteliale degli archi branchiali e il punto di partenza di questi tumori. L'elemento connettivale dei suoi archi sotto tutte le sue forme gode nella loro genesi poca parte più o meno importante. Perciò questi tumori li chiamerebbe branchiomi, che si riscontrano nei punti ove si osservano i resti, nelle glandole parotidee e sottomascellari, nel corpo tiroide, e fors' anco nel mediastino. Ma è in corrispnodenza del collo che sono, se non i più frequenti, almeno i più caratteristici; è là che conviene da prima isolarli, perchè vi sono tipici.

Archives Provinciales de Chirurgie, n. 3 marzo 1900.

LAMBRET e LABARRIÈRE. — *La lussazione metacarpo-falangea in avanti del pollice.* Sono ventritrè osservazioni accuratamente descritte.

PÉNSIER e GROSS. — *Due osservazioni di bruciatura con la radiografia.* Parrebbe che l'eritema detto radiografico possa prodursi per la sola azione elettrolitica senza che i raggi X vi abbiano un'azione propria, che si aggiunge ed accresce l'intensità dei disturbi trofici.

SARDA. — *Sulla cura della tubercolosi della prostata.* Può essere curata chirurgicamente in quanto i liquidi modificatori non hanno dato resultati soddisfacenti. È preferibile la cura cruenta dalla via perineale; col taglio prerettale longitudinale per l' ascesso e trasverso in caso di tubercolosi senza ascessi perineali nè fistole, perchè in tale caso bisogna seguirle sino alla prostata. Per la prostatectomia e l' estirpazione delle vescichette seminali conviene fare l'incisione longitudinale. Non bisogna trascurare la cura generale.

TIXIER e VIAMAY. — *A proposito di un caso di lussazione medio-toracica.* Illustrazione di un caso clinico.

DUPRAZ. — *Un caso d' antrace grave del labbro superiore curata col siero Marmoreck.* Ebbe guarigione.

Revue de Gynecologie et de Chirurgie abdominale. N. 1, gennaio-febbraio 1900.

CORNIL. — *Sull'anatomia ed istologia della gravidanza tubarica.* Ecco come termina il suo lavoro l'Anatomo-Patologo di Parigi. Riassumendo, la scienza non è ancora assolutamente fissata sui fenomeni istologici al principio della gravidanza tubaria. La parte dell' epitelio cilindrico della mucosa e le sue modificazioni di forma al contatto delle villosità coriali non sono determinate in modo preciso. Si vede bene, è vero, all'unione delle vegetazioni tubarie con la placenta fetale, nei fatti di gravidanza ectopica di uno a due mesi, le cellule cilindriche delle trombe moltiplicarsi, divenire irregolari, accumularsi in masse, appiattirsi, presentarsi come placche protoplasmiche a due o più nuclei; ma non si può affermare che sieno la principale o l'unica origine del simintio. Bisognerebbe, per pronunciarsi, assolutamente sul modo di debutto delle placche simitiali avere da esaminare dei pezzi di gravidanza ectopica del tutto recenti. La modificazione essenziale delle trombe, in corrispondenza dell'impianto placentare in pseudo-serotina tubaria, consiste nella formazione di fenditure per la formazione di cellule deciduali a spese delle cellule di tessuto connettivo e della parete dei vasi. I capillari e le venuzze, ingrandite, sono trasformate in grandi cavità nelle quali le cellule endoteliali sono staccate in lembi; le loro pareti mostrano delle cellule deciduali in moltiplicazione nucleare.

Le villosità coriali entrano in queste fenditure vascolari contenenti dei globuli rossi e dei globuli bianchi e si sviluppano con intensità, penetrano così progressivamente nei vasi più voluminosi della tromba. Così si vedono nei tagli, dei grossi vasi materni, delle villosità coriali, che occupano il loro lume, mentre la loro parete è mucosa, riconoscibile sebbene infiammata, alterata ed ialina. Le villosità coriali si sono introdotte in corrispondenza delle ramificazioni di questi grossi vasi, e sono risalite nel loro interno. Si è mostrata l'origine di una pseudo-caduca riflessa, membrana partita dal tessuto stesso dalle sue piegature continuandosi con un involucro formato da fibrina compressa che circoscrive la placenta. Questa membrana alla sua origine tubaria, presenta da parte della tromba, un rivestimento di cellule cilindriche, e da parte della placenta con rivestimento simitiale, le villosità placentari, emanate dal corion, vi si inseriscono.

JAYLE e DELHERM. — *La gravidanza extra-uterina tubaria ed intraligamentosa al quinto mese.* 1.° La gravidanza tubaria può svilupparsi sia nella cavità peritoneale sia nello spessore del legamento largo e per estensione del meso-colon pelvico. Così si trovano delimitate due varietà: 1.° la tubaria od intraperitoneale, 2.° la intraligamentosa. 3.° Dopo il 5.° mese pare che la gravidanza tubaria non presenti più, ad un alto grado di frequenza, le gravi complicanze che sono il pericolo quasi sempre imminente nei primi mesi di gestazione. 4.° La morte del feto al nono mese non è pel solito seguita da accidente; ma, al contrario, le malate pare che abbiano tratto vantaggio dal ritardo dell'intervento. Parrebbe anche, nell'interesse della donna si abbiano tutte le utilità ad aspettare la regressione della circolazione placentare, quando il feto è morto. 5.° La diagnosi di varietà tubaria non può essere fatta spesso, i sintomi si confondono con quelli delle gravidanze tubo-addominali, ovariche, addominali pure. La diagnosi della varietà intraligamentosa sembra possibile nell'immensa maggioranza dei casi. La mancanza di sintomi peritoneali gravi da una parte e dall'altra la presenza dei segni fisici di un tumore intraligamentoso faranno pensare che si tratta di questa varietà. Quando il feto è morto bisogna tenere gran conto degli anamnestici. 6.° I due casi descritti hanno per particolarità che il primo è di gravidanza della porzione media della tromba e che la diagnosi era difficilissima perchè il tumore nascondeva l'utero e lo prolungava così bene da credersi si trattasse di gravidanza uterina; il secondo era gravidanza intraligamentosa che racchiudeva un feto a termine o quasi a termine, morto da sei mesi, e le aderenze erano tali da permettere l'estirpazione totale o quasi totale del sacco.

VIDAL. — *Tecnica e risultati di alcune operazioni conservatrici degli annessi dell'utero.* Parla dell'ooforectomia esploratrice e della salpingoplastica analoga alla piloroplastica alla Mikulicz.

REBREYBND. — *Pericoli ed accidenti dell'emostasi incompleta nelle piccole operazioni peritoneali.* Questi pericoli sono o l'emorragia consecutiva, o la peritonite subacuta per il versamento nel cavo addominale.

QIMMERN. — *Studio critico e storico della cura dei fibromi con l'elettricità.* È un'esposizione storica per mostrare l'utilità del metodo.

NEVGEBAUER. — *Una nuova serie di 29 osservazioni di errore di sesso.* È la descrizione di questi casi.

Annales des Maladies des Organes Génito-Urinaires, N.° 3. Marzo.

Albarran Hallé. — *Ipertrofia e neoplasie epiteliali della prostata.* L'ipertrofia senile della prostata è una lesione essenzialmente glandolare dovuta a proliferazione delle glandole prostatiche sotto la forma adenomatosa, sia di natura neoplastica od infiammatoria. In molti casi si hanno secondariamente lesioni dello stroma. Si hanno quindi tre forme di ipertrofia prostatica: glandolare pura, mista, fibrosa pura, e cioè adenoma, adeno-fibroma, fibroma atrofico. In taluni casi queste lesioni possono trasformarsi in neoplasie epiteliali maligne, in modo insensibile e latente da principio. All'adenoma semplice o cistico s'aggiungono: nuclei di epitelioma adenoide, circoscritti o diffusi, l'infiltrazione epiteliale dello stroma, gli isolotti circoscritti del cancro alveolare intra-capsulare, senza che l'organo abbia perduti i caratteri esterni dell'ipertrofia senile benigna. Queste forme iniziali di neoplasia epiteliale sono spesso confuse in clinica con l'ipertrofia benigna vera. Stabiliscono pertanto una transizione tra questa lesione e la carcinosi prostato-pelvica diffusa, sola neoplasia maligna della prostata: caratteri clinici sono adesso bene stabiliti e di comune conoscenza.

Malherbe. — *Rottura traumatica della vescica.* La diagnosi fu fatta per il grave trauma a vescica piena, per i disturbi della minzione, e per la comparsa di un'intumescenza nella cavità di Retzius.

Duval e Tesson. — *Dell'innesto degli ureteri nel colon. Uretero-colostomia.* Da alcune esperienze risulta come l'atrofia della valvola mucosa, l'infezione renale ascendente mostrano l'insufficienza anatomica e fisiologica della protezione delle vie orinarie superiori. Il processo di Maydl deve i suoi buoni resultati a che trasporta nella parete intestinale l'imbocco anche dell'uretere in vescica. La realizzazione artificiale di quest'apparecchio con artifici operatori, anche complicatissimi, pare illusoria; e se l'impianto nell'intestino del trigono con gli ureteri è una buona operazione, l'imbocco dell'uretere nella sua continuità non pare presenti le garanzie necessarie per permettere l'utilizzazione di questo modo di uretero-colostomia.

Cottet e Duval. — *Nota su di un caso di suppurazione prostatica e periprostatica con presenza nel pus di un microbo strettamente anaerobio.* Caso clinico.

Revue d'Orthopedie, N. 2, marzo 1900.

Froelich. — *Ipertrofia od elefantiasi congenita dovuta a briglie amniotiche. Sindactilia ed ectro-dactilia della stessa origine.* Caso clinico, nel quale è importante il fatto che alla nascita mani e piedi si toccavano nella faccia anteriore del corpo, e che nel bagno si videro muovere, partendo dal piede sinistro e dalle mani, dei piccoli filamenti che si unirono dopo due o tre giorni.

Loison. — *Contributo allo studio ed alla cura delle lussazioni antiche irriducibili del gomito.* È la storia di due casi, i quali conducono l'autore a dimostrare che conviene 1.° procurare una neoartrosi oppure un'anchilosi ad angolo retto dopo ridotta la lussazione; 2.° che gli ostacoli a vincere sono le aderenze e la presenza di osteomi nelle fibre muscolari profonde, 3.° che l'artrotomia serve nelle lussazioni irriducibili recenti, altrimenti occorre la resezione, 4.° che l'incisione longitudinale mediana posteriore è la migliore, 5.° che la teoria sesamoidea di Bard è la più ammissibile per la produzione degli osteofiti.

Durrieux e Dastiguez. — *Paralisi infantile localizzata all'arto superiore sinistro e che datava da 22 anni.* Dal punto di vista etiologico rileva che il parto fu prematuro e la madre in età avanzata (47 anni); da quello sintomatico che vi era sublussazione della spalla dal lato paralizzato, atrofia e degenerazione grassosa dei muscoli; da quello anatomo patologico poco di particolare, dal terapeutico che venne eseguita l'amputazione intra-deltoidea; e dal prognostico che il paziente non ha da guadagnare nella soppressione di un arto inutile.

Guery. — *Un caso di lipoma interosseo dell'omero.* Caso clinico.

Ménard e Guibal. — *Gibbosità sperimentali.* L'esperimento ha dimostrato che la conformazione degli archi vertebrali posteriori e la mobilità propria della spina esercitano, in ciascuna regione, un'influenza notevole nel meccanismo, la forma ed il grado della gibbosità pottica. Le esperienze consistevano nel sopprimere al collo, al dorso, ai lombi uno, due, tre corpi vertebrali per riprodurre il più esattamente possibile le condizioni fisiche del male di Pott nella sua varietà consueta. Al collo, regione la più mobile della spina, quando si produce l'inflessione vertebrale dopo avere asportati uno o più corpi, una doppia particolarità reclama l'attenzione. L'inflessione rimane incompleta: il segmento superiore della spina non può essere abbassato sino al contatto con il segmento inferiore. I peduncoli e le apofisi trasverse, situati lateralmente da ciascun lato dei corpi vertebrali e non indietro, come al collo ed ai lombi, si trovano inzeppati tra i due segmenti che si premono l'uno sull'altro e si oppongono al loro ravvicinamento completo. D'altra parte si constata nel tempo stesso che gli archi posteriori sotto l'influenza della pressione che sopportano, si comprimono gli uni sugli altri ad un grado tale che la spina posteriore può perdere la metà circa della sua altezza nella parte nella quale si sperimenta. L'inflessione è incompleta per causa della presenza delle apofisi trasverse che supplirono parzialmente alla parte dei corpi vertebrali scomparsi, di più è corretta dall'addensamento della spina posteriore. Per queste due ragioni l'inflessione della spina alla regione cervicale è minore di quello che non lo fa prevedere la perdita di sostanza prodotta nella serie dei corpi vertebrali. Al dorso nulla di simile. Il movimento di estensione vi è limitatissimo. Le lamine e le apofisi spinose non lasciano tra loro che intervalli insignificanti e si applicano direttamente l'una sull'altra. Non subiscono alcuna inclinazione apprezzabile. Inoltre si vede, dopo la soppressione di uno o più corpi vertebrali, l'inflessione effettuarsi abbastanza completamente malgrado un certo ostacolo opposto dalla gabbia toracica. I due segmenti vengono in contatto alla parte superiore del dorso. Più basso, non si ravvicinano che sotto una forte pressione. La mancanza d'inclinazione indietro il carattere completo dell'inflessione in avanti concorrono a questa semplice conclusione: al dorso, il grado della gibbosità è in rapporto diretto con l'estensione della distrazione dei corpi vertebrali. Alla regione lombare i resultati ottenuti tengono un posto intermedio a quelli del collo e del dorso. L'addossamento degli archi posteriori, proporzionale al movimento d'estensione, raggiunge il quarto della loro altezza. È lungi dall'essere nullo come al dorso; è minore che al collo. In quanto all'inflessione è facile e completa, dopo la distrazione di un solo corpo vertebrale. Si ha difficilmente se si sono tolti più di due o tre corpi, il che si deve alla lunghezza

e direzione orizzontale delle apofisi spinose, solidamente attaccate fra loro. Si prevede così che ai lombi la gibbosità sarà notevolmente attenuata per l'addossamento degli archi posteriori. Il confronto fatto tra i resultati di queste esperienze ed i pezzi raccolti nel male di Pott ha mostrata una perfetta concordanza. Ai lombi e specialmente al collo, la gibbosità non è in rapporto con l'estensione dell'alterazione dei corpi vertebrali, è attenuata al dorso, regione delle grandi gibbosità, vi è un rapporto diretto fra i due termini, distrazione somatica ed inflessione rachidiana.

Annales de Gynecologie et d'Obstetrique, Marzo 1900.

ROUSSE. — *Dell'acetonuria durante la gravidanza, il travaglio del parto e puerperio.*

GOUILLIOND. — *Della salpingostomia.* È una operazione destinata a guarire dalla sterilità quando questa debba essere attribuita ad ostruzione dei due padiglioni. Però non bisogna dare un'importanza abusiva a questa indicazione. Preferisce la via addominale sebbene nei casi che si possono abbassare gli annessi si può scegliere la via vaginale, tanto anteriormente quanto posteriormente.

Centralblatt für Chirurgie, N.º 9-10-11-12.

HÜBSCHER — *Di un nuovo materiale per apparecchi, specialmente nella chirurgia da guerra.* È di alluminio reticolato, in modo che è leggero e si adatta benissimo all'asta sulla quale si applica. Del resto si può al disopra porre del gesso per renderlo più solido.

WITZEL. — *Sulla chiusura delle pareti addominali e degli orifizi erniari con punti di filo d'argento affondati.* Usa la filograna d'argento ed afferma di avere avuti ottimi resultati.

TICHONOWITCH. — *Sulla cura chirurgica della nevralgia del trigemino.* Fatta la critica dei vari processi si dichiara partigiano di quello del Quenu e Sebileau.

Mitlheilungen aus den Grenzebieten der Medicin und Chirurgie, Vol 5.°, 4.° e 5.° fascicolo.

XVIII. SEIDLER. — *Contributo alla patologia e terapia dell'occlusione intestinale acuta.*

Prima che noi prendiamo in mano il bisturi per l'atto operativo dobbiamo fare una esattissima diagnosi del luogo, della natura, e delle modalità dell'occlusione intestinale. Tutte le forme di occlusione si possono, sotto l'aspetto diagnostico e terapeutico, dividere nei due seguenti gruppi: 1) occlusione in seguito a strangolamento dell'intestino; 2) occlusioni da *otturazione* del lume dell'intestino stesso. L'A. descrive qui i sintomi differenziali dell'una e dell'altra forma, riferendo molti casi clinici.

Indicando la cura, consiglia l'ano preternaturale in quei casi di otturazione in cui è stata fatta con precisione la diagnosi della sede e della modalità dell'impedimento; negli altri casi di strangolazione, o di otturazione senza diagnosi esatta è indicata la laparotomia con la ricerca della parte offesa.

XIX. Naunyn. — *Ematuria da rene normale e per nefrite.*

In molti casi di ematuria, accompagnata o meno da gravi coliche, molte volte si ebbe a fare la diagnosi di neoformazioni, o di tubercolosi del rene, o di urolitiasi; mentre poi con somma sorpresa all'atto operativo si rinvenne il rene sano e normale. Vi hanno casi di ematuria da rene sano; ma non raramente in questi casi descritti si trattava di nefrite cronica.

XX. Hoffa. — *L'ortopedia al servizio della cura delle malattie nervose (con 79 figure) (Würzburg).*

L'applicazione della ortopedia alla cura delle affezioni nervose va giustamente attribuita all'A. di questo originale studio.

Egli sotto il titolo di trattamento chirurgico ortopedico abbraccia non solo l'atto operativo e gli apparecchi meccanici, ma altresì il massaggio e la ginnastica. Il numero dei casi finora trattati dall'A. ascende a 264; egli passa a descriverli partitamente raggruppandoli a seconda delle varie affezioni. Incomincia coi casi di contratture e rattrappimenti isterici, (riporta tra gli altri un caso di contrattura degli st. cle. mas. e del mascellare che tenevano la testa continuamente piegata a sinistra, guarito col raddrizzamento sotto narcosi e massaggio, ginnastica, elettricità per 4 settimane), e continua illustrando le varie affezioni nervose da lui curate: nevrastenia, crampo degli scrivani, sciatiche, apoplessia cerebrale, paralisi del faciale (curata con escisione cuneiforme ripetuta alla guancia nella regione dell'osso zigomatico e della piega naso-labiale, ed una plastica al labbro), crampo accessorio, polimielite anteriore cronica, torcicollo paralitico, deviazioni paralitiche della colonna vertebrale, deformità paralitiche alle estremità superiori, id. alle estremità inferiori, (in tutti questi casi descrive tutti gli apparecchi meccanici usati ad hoc), deformità paralitiche al piede, diplegia cerebrale, tabe dorsale, paralisi spinale spastica (sclerosi multipla), mielite trasversa, paralisi vertebrale, distrofia muscolare progressiva. Interessantissimo è questo studio, poichè colla nuova terapia dell'A. si ottennero resultati talmente sorprendenti da assicurare alla geniale applicazione della ginnastica, del massaggio, dell'ortopedia, delle cure meccaniche alle malattie nervose un brillante avvenire.

XXI. Spitzer. — *Sopra alcune rare malattie della pelle appalesantisi sotto l'aspetto di tumori tubercolari.*

E difficile la diagnosi di certi tumori della pelle, quando il Clinico non sia edotto che possono essere prodotti dalla tubercolosi. Da questo punto di vista furono divise le tubercolosi della pelle così: scrofola del derma, lupus, tubercolosi verrucose della cute, tubercolosi miliare della cute; tumori tubercolari.

Descrive l'A. tra gli altri un caso di tumore tubercolare all'ano, derivato da papule ivi formatesi. In casi simili pensa l'A. che il clinico debba pensare sempre alla preformazione delle papule, le quali infettate più tardi dal bacillo di Kock produssero il tumore tubercolare; senza però volere escludere che la tubercolosi in molti casi fosse primitiva.

XXII. Schwarz. — *Contributo alla patologia e terapia chirurgica delle ulceri perforanti dello stomaco.*

È generalmente accettato dai chirurghi il precetto di Leube e di Mikulicz di sottoporre tutte le ulceri dello stomaco non complicate anzitutto

a ripetuti trattamenti medici, e riservare il trattamento chirurgico per quei casi in cui sopravvengono complicazioni — una di queste è la perigastrite. L'A. espone i dati clinici, illustrando le ulceri che trapassano dallo stomaco alla parete addominale, dallo stomaco al fegato, dallo stomaco al pancreas, indicandone per ciascuna modalità l'opportuna terapia.

XXIII. Ketly. — *Un caso di epilessia Jacksoniana guarito in seguito ad operazione*

L'A. descrive il suo interessantissimo caso partitamente, mostrando come l'audace atto del portare il bisturì sulla sostanza cerebrale possa in rarissimi casi, come questo, dare ottimi risultati.

L'affezione era nel giro centrale. Messa a nudo la sostanza cerebrale il prof. Dollinger praticò varie punture di esplorazione in varî punti 2-3 cm. profonde, per essere la cisti nella profondità — trovatala finalmente la ridusse in direzione tale che non potesse in nulla danneggiare la sostanza cerebrale circostante.

RASSEGNA DELLA STAMPA

Wehke. — *Di un nuovo metodo di colorazione dei prolungamenti delle cellule microbiche.* (*Arch. für klinische Chirurgie*, Band LIX, Heft I, P. 129). La novità consiste nel trattare i microrganismi con la macerazione, in un liquido come l'aldeide, la formaldeide, il tannino e la colorazione con un sale d'argento che si riduce con uno sviluppo qualunque, metolo, rodinale, ecc. Così ha ottenuti resultati tali da permettergli di fotografare nettamente i microrganismi ed i loro prolungamenti.

Haidenhain. — *Un caso di mediastinite suppurata posteriore e considerazioni sulle vie da seguire per giungere al mediastino posteriore* (*Archiv. für klinische Chirurgie*, Band XIX, Heft I, Pag. 199). Si tratta di un uomo, che ingoiò un osso, e per 14 giorni ebbe dolori inghiottendo, e a poco e poco si formò una tumefazione della regione sopraclavicolare destra ed il malato potè sempre meno inghiottire. Quando fu operato erano 5 giorni che non mangiava. Gli fece un'incisione ad arco alla parte superiore del cavo sottoclavicolare dando esito a pus. L'ascesso era situato profondamente per la lunghezza di un indice partendo dall'articolazione sterno-clavicolare in basso ed in dietro lateralmente all'esofago. La guarigione avvenne in buone condizioni.

Si vede che in tal modo si può raggiungere facilmente il mediastino posteriore, e si cade in uno spazio occupato da tessuto cellulare, limitato in avanti dalla carotide e la glandola tiroide, lateralmente dai grossi vasi.

Ci si arriva benissimo incidendo tra la porzione sternale e clavicolare dello sterno-cleido. Si può così, occorrendo, incidere il muscolo trasversalmente perchè non dà inconvenienti, e riprende perfettamente la sua funzione. Anche Cavazzi operò così, ma dovette dopo fare un'incisione posteriore.

Stori Teodoro. — *Contributo allo studio dei tumori dell'ombelico* (*Lo Sperimentale*, N. 1, 1900). È la descrizione di un caso di tumore in un giovane di 20 anni, dal quale pare si possa conchiudere: 1.° potersi sviluppare un adeno-papilloma sulla cicatrice ombelicale con i caratteri istologici di quelli originati dal tubo intestinale, cioè sviluppatosi dai resti del dutto onfalo-mesenterico; 2.° che il dutto onfalo-mesenterico può persistere nell'ombelico e nelle pareti addominali, extraperitoneale per un tratto di circa 5 cent. senza connessioni apprezzabili coll'intestino, presentando però una involuzione marcata che si segue fino nella sua porzione profonda. In un secondo caso in un uomo di 68 anni si trattava di un adeno-carcinoma primitivo della linea alba. Non resta da spiegarsi la sede aponeurotica di un tumore epiteliale, a meno che, dice lo Stori « il pezzo incluso nel foglietto medio sia rimasto senza apparente separazione fino al momento dell'origine del tumore carcinomatoso, oppure non abbia dato luogo in prima ad un tumore più benigno, adenoma, cistoadenoma e ciste per subire successivamente una trasformazione carcinomatosa ».

Riegel. — *Sulla diagnosi della litiasi renale con la radiografia* (*Archiv für klinische Chirurgie*, Band LIX, Heft I, Pag. 167). Riegel ha studiato il modo di comportarsi dei calcoli renali coi raggi X. Ha veduto che i soli calcoli di ossalato possono essere sicuramente scoperti; gli altri non lo sono che in circostanze eccezionalmente favorevoli, cioè pietra grossa, o che il paziente abbia una disposizione speciale. Bisogna in ogni modo fare sempre questo esame. Riegel nota come la radiografia dà dei migliori resultati sul cadavere che sul vivente, nel quale i movimenti respiratorì e la circolazione sanguigna sono degli ostacoli ad una fotografia rapida.

D'Alessandro Felice — *Contributo alla chirurgia addominale. Ferite del fegato e della milza* (*Giornale internazionale delle Scienze Mediche* n. 3, 1900). Le deduzioni tratte da questo lavoro sono le seguenti: 1) L'intervento precoce nelle lesioni traumatiche del fegato e della milza in generale ha migliorato notevolmente l'esito per modo che pel fegato dalla mortalità media complessiva del 68,2 % si è sceso al 32,22 % e per le lesioni da punta e taglio dal 64 % al 6,66 % e pricipalmente interessano queste ultime perchè le più numerose, rappresentando più dei due terzi di tutte le lesioni. Per la milza la mortalità media dal 69,95 è scesa al 28,62 %.

2) L'intervento precoce nelle ferite d'arma da fuoco, che interessano solo la glandola, dà un esito ordinariamente buono, ma riesce spesso inutile se vi si complica lesione dell'intestino o dello stomaco.

3) L'intervento precoce nelle rotture con integrità delle pareti addominali lascia ancora una mortalità elevata; però per quest'intervento precoce sebbene assai limitato nelle osservazioni personali rimane la convinzione, che bisogna riserbare l'intervento attivo per le contusioni e rotture in cui perdurino, accentuandosi, i sintomi dell'anemia.

4.° Nelle ferite da punta e taglio può risparmiarsi la laparotomia esplorativa quando dall'esame digitale della ferita e dall'assenza di sintomi obbiettivi e subbiettivi si rilevi la possibile integrità dei visceri sottostanti. I resultati statistici trovati dal dott. Sandulli, che su i 322 casi di laparotomia esploratrice rilevò il 56,8 % d'integrità dei visceri sottostanti, giustificano anche la sudetta deduzione. Il minimo dubbio di lesione di alcuno dei visceri addominali impone la laparotomia esploratrice.

5) Nelle ferite d'arma da fuoco penetranti in cavità deve sempre farsi la laparotomia esploratrice per la molteplicità delle lesioni che ordinariamente vi si accompagnano.

6) Nei casi di ferita da punta e taglio penetranti, in cui non si fa a laparotomia esploratrice, devesi disinfettare il cammino della ferita e poi devesi mantenere un'osservazione armata, cioè sottoporre il ferito alla dietetica e al riposo assoluto dei laparotomizzati e intervenire qualora si manifestino sintomi di lesione di visceri o d'infezione peritoneale.

7) Nelle ferite da punta e taglio del fegato e della milza la morte avviene ordinariamente per emorragia, mentre in quelle per ferita d'arma da fuoco o nelle rotture avviene più frequentemente per complicanze infiammatorie.

8) L'emorragia nelle piccole ferite del fegato più prossime ai margini e non dirette verso il centro dell'organo, può non essere grave ed arrestarsi spontaneamente. Qualora all'apertura dell'addome si trovi avvenuta l'emostasi, può lasciarsi la ferita senza sutura.

9) Per le lesioni della milza più frequentemente si ricorre alla splenectomia; a questo grave intervento bisogna sostituire la conservazione dell'organo, cercando ottenere l'emostasia definitiva previa l'emostasia preventiva colla compressione del peduncolo.

TRUZZI ETTORE. — *Della via combinata nella tecnica dell'isterectomia per ndicazione ostetrica o ginecologica* (*Annali di Ostetricia e Ginecologia* n. 1, gennaio 1900). La descrizione di questo processo combinato, che trova la sua ragione nell'unione dei vantaggi delle due vie, addominale e vaginale, è la seguente: Incise, in posizione di Trendelenburg, le pareti addominali, cerziorata la diagnosi, afferrato e sollevato il fondo uterino con una pinza uncinata, si procede al cauto distacco delle aderenze che vincolano l'omento l'intestino, l'appendice vermiforme o quei conglomerati, che costituiscono gli annessi in preda a cronico e grave processo infiammatorio; si intercidono tra legature i legamenti infundibulo-pelvici e rotondi, si isolano per tal modo utero ed annessi dalle aderenze patologiche e dai mezzi naturali legamentosi, che sarebbero meno accessibili per via vaginale. Poscia, chiuse per sutura le pareti addominali, in un secondo tempo — messa la paziente in posizione ginecologica, il che, la mercè dei perfezionati letti operatori medesimi, è opera di brevi istanti — procediamo all'apertura dei fornici, alla legatura delle uterine, all'estrazione chirurgica per via vaginale dell'utero e sue dipendenze, superando in modo relativamente facile per via sottopubica quei momenti operativi che per la sola via addominale aperta per tempo assai minore, e praticando per ultimi quei tempi operativi, che nell'isterectomia semplicemente vaginale vengono eseguiti per primi col grave svantaggio di portare inesorabilmente al sacrificio dell'utero anche quando la lesione degli annessi venga durante l'atto operativo riconosciuta come prevalentemente od esclusivamente unilaterale.

FREUDENBERG. — *La incisione termogalvanica della prostata nella cura della iscuria prostatica.* (*Deutsche Medizinal Zeitung*, N. 1-6, 1900). Il Dottor Albert Freudenberg di Berlino che dal 1897 pubblicò, sulla *Berliner Klinische Wochenschrift*. pagina 308 e 702, i primi risultati da lui ottenuti nella cura della Iscuria prostatica, col metodo della incisione termogalvanica e, fatto ardito dai successi luminosi, quasi senza eccezione ot-

tenuti, praticò questa operazione su di un numero cospicuo di ammalati, può ben a ragione essere ritenuto uno dei più autorevoli giudici di questo processo.

La sua ultima pubblicazione su tale argomento nella « Deutsche Medizinal Zeitung, 1900 N. 1-6 dal titolo: Neue Mitteilungen zur galvanokaustischen Radikalbehandlung der Prostatahypertrophie per vias naturales (Bottini 'sche Operation) è prova della disamina accurata e scrupolosa alla quale Egli sottopose, nel lungo ordine di successi, il metodo operativo, rilevandone volta a volta, i vantaggi. E quel che più aggiunge valore è che, in essa, sono annoverati oltrechè i risultati immediati ottenuti, anche quelli lontani, poichè ciascuna delle notizie riguardanti i singoli malati fu pubblicata lungo tempo dopo l'operazione; mentre l'A. si dette cura di segui e i singoli pazienti ottenendone di tempo in tempo notizie, o visitandoli in Berlino o sollecitando lettere dai medici curanti.

Così può parlare di malati controllati fino a tre anni dopo l'operazione, e le storie cliniche pubblicate, oltre che per il grado del successo, possono parlare anche per la durata del medesimo.

Praticò Egli la operazione 71 volte su 56 pazienti. Ripromettendosi di pubblicare la completa serie dei casi operati in un successivo lavoro, si limita ora a farne nota una serie scelta, come quelli che più valgono a stabilire alcune osservazioni sulle indicazioni, la valutazione, e la tecnica della operazione di Bottini.

Le storie cliniche pubblicate in realtà meritano non solo d'essere stampate ma anche lette; ond'è che credo pregio dell'opera di riferirne taluna per esteso, onde dimostrare in quali condizioni potè ancora riuscire di vantaggio l'operazione, e restituire la funzione vescicale durevolmente nella sua integrità.

Il caso seguente, se riuscì una splendida prova dell'azione immediata della operazione, poichè in esso si ottenne la completa restituzione della normale funzione della vescica, senza l'impiego d'alcuno dei mezzi che vengono comunemente usati come coadiuvanti, quali gli stricnici, la elettricità, le irrigazioni fredde, serve a far giudicare in modo indubitabile della durata del successo.

Oske, di 63 anni, di Mariendorf, venditore di foraggi.

Curato nel 93 di grave cistite concomitante ad ipertrofia prostatica. Allora il residuo urinoso variava dai 700 ai 1000 cmc.

Al principio del 1894 ritenzione completa di urina. 5 Giugno 1894 castrazione bilaterale, eseguita dal Casper, rimasta assolutamente senza risultato, poichè anche in seguito ad essa il paziente non emette neanche una goccia d'urina se non col catetere che è costretto ad introdurre dalle 4 a 5 volte nelle 24 ore.

27 Aprile 1897 (3 ½ dopo l'insorgere della ritenzione completa, quasi tre anni dopo la castrazione), operazione di Bottini a vescica vuota con tre tagli di 3 cm. di lunghezza indietro ed a sinistra, di 2 cm. in avanti.

Già 5 ore ½ dopo la operazione il malato emette spontaneamente 6 cmc. di urina, e durante la notte per tre volte da 1 a 7 cmc., nel 2.° giorno arriva fino a cmc. 50, nel 3.° giorno a 132 cmc. per volta. Ai 7 di Maggio (10 giorni dopo la operazione) il residuo urinoso è ridotto a 55 cmc. Già il 2.° giorno dopo l'operazione il cateterismo viene praticato solo mattina e sera; dal 18.° giorno solo una volta, dal 34.° più non occorre affatto. Il residuo urinoso diminuisce fino a tra gli 11 e 40 cmc., la mattina, fino a tra i 15 e 52 la sera. La temperatura fu di 38°. Solo il 5.° giorno dopo la operazione, del resto non sorpassò mai 37°.5.

20 Ottobre 1897. Il paziente viene presentato alla Società Medica di Berlino. Urina

con buon getto, 6 a 7 al più 8 volte nelle 24 ore. L'urina che fu torbida quasi costantemente per cistite, da circa tre mesi si è fatta giallo-chiara. La ostinata costipazione è completamente scomparsa. L'individuo ha guadagnato sette libbre in peso.

28 Novembre 1899. Urina assolutamente chiara, emessa da sei a 10 volte nelle 24 ore. Durante l'anno per 2 o 3 volte in seguito a raffredamento, lievi sintomi di cistite, vinti in brevi giorni coll'uso della urotropina. Non ebbe mai bisogno di catetere. Il peso del corpo aumentò di 21 libbre dal giorno della operazione. Residui urinosi misurati in diverse epoche, da 38 a 58 cmc.

Tale risultato che può ritenersi quasi guarigione ideale fu ottenuto dopo che la castrazione si fu dimostrata completamente inattiva. E che la castrazione sia sopportata senza rammarico, come suolsi credere, per la età nella quale i prostatici si trovano, parla il fatto che il predetto paziente assai si doleva della mutilazione subita, e riferiva alterazioni nel timbro vocale colla ablazione dei testicoli. Un'altro paziente di 73 anni, nonostante che da anni più non si desse al coito, dopo la castrazione diceva che l'idea di avere perduto i testicoli era per lui estremamente « deprimente ».

Così stando le cose come potrà essere consigliata la castrazione ad individui che godono ancora di tutta la loro attività sessuale?

R. S., di Wronke, di anni 48. Negoziante.

A 16-18 anni soffrì di disturbi vescicali, durati un pajo di giorni, per raffreddamento. Fu sempre immune da blenorragia, quantunque assai dedito ai piaceri sessuali.

Da circa 20 anni voglia frequentissima di urinare fino ad esservi costretto ogni 1/2 2 ore ed anche più spesso. Da dieci giorni ancora peggioramento notevole; è costretto ad urinare di giorno ogni 1/4 d'ora, di notte ogni 1/2 ora. Inoltre può emettere solo scarsa quantità, con fatica e dolori, di urina torbida per catarro.

24 Novembre 1897. Residuo urinoso 738 cmc. L'uso della urotropina e la irrigazione giornaliera abbassa il residuo fino a 59 cmc. e migliora transitoriamente lo stato dell'urina. Persiste però la frequenza della urinazione, fino a 20 volte nelle 24 ore. La vescica è assai irritabile; la cistoscopia ne mostra la superficie interna a colonne; l'ingrossamento prostatico indietro, a destra ed a sinistra solleva la parete vescicale.

30 Novembre 1897. Operazione alla Bottini, con 2 incisioni di 3 cm. di lunghezza indietro ed a destra. L'operazione non suscita quasi dolore.

Decorso regolare. — La temperatura più elevata fu 37.°. Il paziente emette l'urina assai presto dopo l'operazione; dapprima con piccole pause, che vanno crescendo in lunghezza fino a raggiungere nei prossimi giorni ore 2 1/2.

Quattro giorni dopo l'operazione il malato dichiara di poter urinare « così bene come mai in sua vita ». La frequenza diminuisce fino ad 8 volte nelle 24 ore. Residuo urinoso al 7 Dicembre è di 8 a 10 goccie, al 12 Dicembre di cmc. 1 1/2. Ad un anno e dieci mesi dalla operazione il paziente non ha più sofferto di disturbi vescicali.

Valgano questi casi, che si potrebbero moltiplicare, a dimostrare la efficacia immediata della operazione. Non in tutti gli operati però i risultati si mostrano così immediati; in taluni l'azione si manifesta in un tempo più o meno lungo.

L'A. pensa che l'azione della operazione Bottini si manifesti subito, quando si tratti di ostacoli alla emissione dell'urina causati essenzialmente da ingrossamenti che occludono a guisa di valvola il meato vescicale; mentre nei casi nei quali contemporaneamente od esclusivamente viene in iscena la compressione o lo spostamento della parte prostatica dell'uretra, per la ipertrofia prostatica, solo alcuni giorni dopo la detumefazione delle parti tumefatte, dopo la caduta dell'escara (10 a 14 giorni dalla operazione talora anche solo all'insorgere della retrazione cicatriziale, si dà a conoscere una azione od almeno una azione completa della operazione.

A questo deve aggiungersi lo stato della muscolatura vescicale che abbisogna di un certo tempo per ripararsi e riprendere vivace funzione, quantunque il Frendenberg sia del parere che assai rapidamente riprende la propria validità a patto che l'ostacolo alla emissione dell'urina sia completamente rimosso.

I. P. D. di New-York, d'anni 67, Ingegnere. I disturbi vescicali datano da tre anni. Da due anni è costretto a siringarsi due volte al giorno, e ad urinare otto volte nelle 24 ore. Dolori al perineo. Residuo urinoso 240 cmc. Urina torbida in leggiero grado, contenente traccie di albumina, globuli bianchi ed alcuni cilindri granulosi. Prostata della grossezza di un uovo di pollo, di media consistenza.

2 Maggio 1898. Al cistoscopio si rivelano vescica a colonne, con due diverticoli con foro di comunicazione della ampiezza di un pisello. Operazione alla Bottini con tre incisioni, l'una di 3 cm. di lunghezza all'indietro, di cm 2,5 a destra, di cm. 3,5 a sinistra a vescica ripiena di soluzione borica. Il paziente emette immediatamente, all'estrarre dell'incisore, ancora sul letto di operazione, la soluzione introdotta, con un getto di un metro di lunghezza.

Sei giorni dopo l'urina è quasi chiara e viene emessa con buon getto, senza dolori.

6 1\|2 mesi più tardi persistono i vantaggi.

Anche il seguente caso è pure buon esempio di un rapido e completo ricupero della funzionalità normale della vescica in seguito alla operazione di Bottini; mostra inoltre che anche la cistite concomitante può guarire dopo alcun tempo spontaneamente per azione stessa della operazione.

F. F. di 61 anni. Soffre dal 1897 di disturbi urinari con frequenza aumentata della emissione dell'urina. Nel 1898 completa ritenzione, onde è costretto al cateterismo tre a quattro volte nelle 24 ore. Urina alquanto torbida, contenente discreta quantità di albumina. Prostata ingrossata, alquanto dura, poco sporgente.

18 Aprile 1899. Operazione di Bottini, a vescica ripiena di aria. Catetere a permanenza. Il 22 Aprile si toglie il catetere e quattro ore dopo il paziente emette spontaneamente 80 cmc. di urina libera da sangue, ed uguale quantità due ore dopo. Al 28 Aprile il cateterismo è inutile; il residuo urinoso è di 50 a 55 cmc.; l'urina è ancora torbida. Il paziente urina 6 a 7 volte nelle 24 ore; in 10 giorni è aumentato di una libbra di peso.

7 mesi e 1\|3 dopo la operazione l'urina si è fatta giallo-chiara, libera da muco e da albumina Il catetere non fu più usato. Urina 3 a 5 volte nelle 24 ore senza disturbi. Il residuo urinoso è ridotto a 9 cmc.

Nella maggioranza dei casi però è necessaria una assidua cura consecutiva, mediante lavature, mezzi interni, (salolo, urotropina, olio di sandalo, bleu di metilene), per ottenere, per quanto è possibile, un rischiaramento dell'urina.

Talora non riesce neppure di vincere completamente il catarro, neanche dopo restituita in totalità la funzione vescicale mediante l'operazione di Bottini, pure essendosi ridotto al minimo il residuo urinoso. Fatto spiegabile, quando si pensi che la vescica a colonna dei prostatici, colle sue innumerevoli insenature fra le trabecole, coi suoi grandi e piccoli diverticoli, offre un terreno dal quale difficile torna snidare le cause del catarro; ed ancor più quando si pensi che l'alterazione dell'urina in molti casi non è esclusivamente l'espressione di una cistite in atto, ma può essere causata da pielite cronica, talora con distensione degli ureteri e dei bacinetti.

Anche in questi casi sfavorevoli però notasi sempre un miglioramento dell'urina come espressione del migliorato deflusso ottenuto mediante la operazione.

Qualora alle prime prove non si riesca nella introduzione dell'incisione attraverso l'uretra in vescica, potrà avvenire più tardi dopo il graduale passaggio di sonde dilatatrici.

Il risultato talora non viene ottenuto in una sola seduta onde è precetto di sottoporre il paziente ad una seconda e ad una terza operazione, quando le prime non hanno dato nessuno o scarso risultato.

L'A. consiglia di non arrestarsi per tema di un irreparabile indebolimento o paralisi della musculatura della vescica, ritenendola causa dell'insuccesso. I casi clinici che Egli annovera lo scortano a concludere che se Egli così avesse fatto, e non avesse sottoposto i malati ad un secondo e terzo atto operativo, sarebbe ora privo di una intera serie di splendidi successi.

In un malato di anni 67 $^1/_2$ una prima seduta rimase senza successo,

una seconda mostrò un certo miglioramento del quale l'A. non rimase pago. Una terza operazione finalmente condusse ad un ideale successo, tanto più notevole in quanto che la ritenzione completa di urina durava in questo caso da cinque anni. Alla terza operazione, la sola che aveva vinto completamente l'ostacolo, tenne dietro immediatamente una normale urinazione, con un minimo di residuo urinoso. Certo a ciò occorrono pazienti intelligenti come l'operato dei Trendenberg. Questo caso dimostra ancora come sia necessaria una completa rimozione dell'ostacolo, e come non debba trattenere eccessivamente la tema di un indebolimento della muscolare.

Il paziente in seguito all'operazione si trovò inoltre liberato dagli accessi di epididimite, ai quali sia andato soggetto evidentemente in causa del cateterismo che gli era per lo avanti indispensabile.

Il risultato si manteneva immutato è completo a due anni dalla operazione.

Quanto alla proprietà della vescica di ricuperare la propria funzionalità in casi che si crederebbero disperati è assai istruttivo il caso citato dal Freudenberg nel quale il cateterismo veniva praticato da circa un anno, ed avanti la operazione il residuo urinoso variava da 750 a 925 cmc. e la vescica era così rilasciata che, all'esame cistoscopico, mentre conteneva 180 cmc. di liquido, si rilevava che la parete anteriore si ripiegava verso la cavità.

Questo paziente 5 mesi dopo la operazione vuota spontaneamente la vescica fin al residuo di 4 a 17 cmc.

A compimento del suo lavoro porta Freudenberg la statistica de' suoi operati col metodo Bottini. Praticò l'operazione 71 volte su 56 pazienti. Su 51 usò l'incisore ottenendo su 25 = 50 0/0 guarigione; su 13 = 26 0/0 notevole miglioramento; 76 0/0 cioè di buoni risultati. Perdette 4 pazienti = 7,1 0/0.

Soggiunge però che non bisogna dimenticare che questa sua statistica comprende anche tutte le prime operazioni da lui eseguite, quando meno sicura era la tecnica e pensa che in futuro la percentuale di mortalità verrà diminuita. È necessario poi notare, osserva, in quali sfavorevoli condizioni si debba talora eseguire la operazione di Bottini. La maggior parte dei pazienti sottoposti all'operazione sono attempati, ed in causa della malattia stessa assai stremati di resistenza. La media dell'età degli operati fu di anni 66 $^1/_2$; fu operato un vecchio di 81 anni.

Quasi tutti erano sofferenti per cistite, in alcuni casi gravi; in gran numero esisteva pielite e pielonefrite.

Il valore del risultato raggiunto col metodo di Bottini appare ancora più quando lo si confronti colle statistiche ottenute nei prostatici o non operati od operati con altri metodi. Englisch confrontò la cura palliativa con quella ottenuta mediante operazioni sull'apparato sessuale e porta per la prima 30 morti su 92 pazienti = 32,6 0/0; per la castrazione bilaterale 25 morti su 154 = 16 0/0, per la resezione dei deferenti 7 morti su 116 = 6 0/0.

Mc. Gill vide in seguito alla prostatectomia sovrapubica su 29 pazienti morirne 5 = 17,7 0/0.

La superiorità della operazione di Bottini in confronto a quelle eseguite sull'apparato sessuale risulta inoltre da quei casi, nei quali queste rimasero senza risultato, come nel primo citato, mentre l'incisione termo-

galvanica diede splendido risultato. Identico risultato fu ottenuto dal Bottini in un paziente nel quale si era inutilmente praticata la resezione dei deferenti.

Di fronte a questi successi non ancora la letteratura offre un solo caso nel quale l'operazione sull'apparato sessuale abbia portato la guarigione od anche solo un miglioramento dopo che la operazione di Bottini sia rimasta senza risultato.

Conclude Freudenberg che è oramai fuori di dubbio, per la lunga prova ormai fatta, che questo metodo operativo deve essere annoverato tra le più vittoriose conquiste della Moderna Chirurgia.

Dott. Ercole Crespi.

BIBLIOGRAFIA

Landi Lando. — *Autointossicazioni intestinali e nevrosi.* L. Niccolai Firenze 1899. E questo il primo volume della Biblioteca della Clinica Moderna, della quale fa parte il libro del Bottini sull'iscuria prostatica di cui parlai nel fascicolo 1 del 1900. L'argomento è troppo importante, specialmente oggidì, e la sua trattazione è di una difficoltà senza pari. Oltre che clinici e patologhi conviene anche essere chimici, ed il Landi lo è, perchè lungamente studiò da Armando Gautier a Parigi, il quale è noto essere il Principe dei Chimici Biologici. Il Landi nel suo lavoro si occupa dei veleni secreti dai microbi patogeni e delle autointossicazioni che comprendono i vizî di nutrizione; e l'uno e l'altro tema egli svolge sapientemente ed in modo da meritare gli ambiti elogi del Gauthier, il quale ha scritta la prefazione al volume. A. Ceccherelli.

De Renzi Enrico. — *Tabe dorsale. Tumore del cervelletto. Artritismo. Diabete mellito.* L. Niccolai. Firenze 1900. È questo il secondo volume della Biblioteca della Clinica Moderna, che contiene dodici lezioni del valentissimo Clinico Napoletano su questi quattro argomenti. Pubblicate prima nella Clinica Moderna, l'editore le ha saggiamente raccolte, perchè sono quattro argomenti di grande interesse e trattati come li sa e può trattare Enrico De Renzi. A. Ceccherelli.

Lusena Gustavo. — *Fisiopatologia dell'apparecchio tiro-paratiroideo.* Firenze. L. Niccolai 1899. È il terzo volume della Biblioteca della Clinica Moderna. È un lavoro che il giovane docente di patologia generale di Genova ha fatto benissimo a svolgere, perchè gli studî moderni hanno data una grande e speciale importanza all'argomento, e molti erano i quesiti da risolvere, perchè dubbî. Uno fra gli altri importantissimo e che riguarda la chirurgia, e cioè quello dei fenomeni consecutivi alla soppressione della tiroide principale, che verrebbero scongiurati dalla tireo-terapia in quanto, secondo il Lusena, si fornirebbe all'organismo della sostanza colloide che in lui è insufficiente.

La presenza del succo tiroide, scrive, quale fu finora adoperato, di piccole quantità di secreto paratiroideo, necessariamente contenutovi, agirebbe sui leggeri fenomeni di intossicazione. Si potrebbe ancora pensare, soggiunge, che la sostanza colloide stessa per il suo contenuto di iodio, accelerando gli scambi organici, provocherebbe una più rapida eliminazione delle sostanze tossiche esistenti in circolo. A. Ceccherelli.

GIORDANO ERRICO. — *La chirurgia del pericardio e del cuore.* Napoli. Tipografia Sangiovanni, 1900. Il Giordano, uno dei primi e fortunati operatori sul cuore, che aveva anche molto bene discusso sulla scelta del lembo da eseguirsi ritenendo la necessità di raggiungere il cuore stesso seguendo il tragitto della ferita, è meritevole di massima lode per avere voluto scrivere un libro che raccogliesse tutto quanto vi era sulla chirurgia cardiaca a tutt'oggi, tanto più che ha potuto dimostrare tutta la parte principale che ha la chirurgia italiana su tale argomento. È questo sicuramente il lavoro più completo intorno al tema, e che può e deve essere consultato e tenuto a guida dal chirurgo.

A. CECCHERELLI.

SANGIORGI. — *Resoconto statistico dei malati curati nell'anno 1899 all'Istituto Ortopedico Rizzoli in Bologna* (Diretto dal Prof. CODIVILLA). Nell'anno decorso furono curati nell'Istituto circa 500 malati ed eseguiti 366 operazioni calcolando solo quelle più importanti, come riduzioni cruente ed incruente di lussazioni congenite dell'anca, raddrizzamenti forzati di cifosi da spondilite e di cifoscoliosi, trapianti e plastiche tendinee del piede, della coscia e della mano, raddrizzamenti di ginocchia valghe, osteotomie, resezioni, artrodesi, raddrizzamenti modellanti, ecc. Dei metodi seguiti dal Codivilla nelle più importanti operazioni ortopediche e delle modificazioni portate alla tecnica degli atti operatori e della cura consecutiva è data spiegazione nella seconda parte del lavoro. Nella prima parte il relatore dà un cenno del metodo con cui sono applicate le cure di ginnastica, massaggio, idro-ed elettro-terapia nelle deformità della colonna vertebrale e in altre che non richiesero intervento operatorio, come pure in quelle in cui fu necessaria una cura consecutiva all'atto chirurgico. Si rileva pure da questa parte del resoconto come si applichino le cure Kinesiterapiche per compensare i disturbi dell'atassia locomotrice progressiva (*Fraenkel*, *Goldscheide*), e come si provveda all'educazione muscolare e nervosa nei malati di *Little*, e in altre forme del sistema nervoso.

L'ultima parte comprende un quadro sinottico accompagnato da notizie di dettagli intorno ai casi di speciale interesse, e che si presentarono veramente numerosi all'Istituto in quest'annata.

MARIANI CARLO. — *Resoconto clinico di un anno d'esercizio chirurgico spedaliero*, Massa Marittima 1899. È lodevole compito quello che si è assunto il Dott. Mariani, di rendere conto del suo lavoro di un anno nell'Ospedale di S. Andrea in Massa Marittima. Lavoro non indifferente perchè comprende 407 operazioni con 378 guarigioni, 13 miglioramenti, 5 esiti nulli, ed 11 morti, cioè il 2,6 %. Devesi notare che fra le operazioni ve ne sono di importantissime e di gravità eccezionale.

DUPLAY SIMON. — *Cliniques Chirurgicales de l'Hôtel Dieu*, Masson et C. Paris, 1900. Io trovo lodevolissima la consuetudine di taluni Clinici, i quali pubblicano e raccolgono le loro lezioni più importanti. È un dono che Essi fanno ai loro allievi perchè rimangano così gli ammaestramenti dati nella Scuola. Uno di questi Chirurghi è il Duplay, il quale ora pubblica la terza serie delle sue lezioni raccolte da Cuzin e Clado suoi aiuti. Sono venticinque lezioni, che riguardano varî argomenti tutti importantissimi, e suddivisi per regione. Cito fra le varie due che contengono preziosi consigli, e voglio dire quelle delle paralisi consecutive alle lussazioni della spalla, e l'altro delle lussazioni spontanee. Ma per citare il buono avrei dovuto rammentare i titoli di tutte le lezioni raccolte.

A. CECCHERELLI.

CORNET MARIUS. — *Pratique de la Chirurgie courante* Alcan Paris 1900. Nella prefazione che il Prof. Ollier ha scritto per il suo Allievo è detto:

« da venti anni, la pratica chirurgica è stata rinnovata con l'introduzione dell'antisepsi, la quale ha completamente cambiati i resultati di talune operazioni ed esteso considerevolmente il campo dei nostri interventi. Indipendentemente dalle indicazioni che si sono moltiplicate tutto ha cambiato nella tecnica comune; la forma e le materie degli oggetti di medicatura, il modo di prepararli e di valersene ». Ora è appunto la descrizione di questi nuovi metodi e di queste idee direttrici che il Cornet espone nel suo libro, trascurando naturalmente le operazioni non comuni, i metodi operativi meno usati: e ciò perchè il Cornet ha voluto scrivere un libro pratico ed utile. CECCHERELLI.

Bibliographia Medica (*Index Medicus*) Paris. Institut de Bibliographie. Boulevard St. Germain 93, Parigi, 1900. Marcel Baudoin, il più appassionato e colto bibliografo moderno, col concorso di Charles Potain e di Charles Richet i cui nomi sono universalmente noti ha iniziata una pubblicazione di una incontestabile utilità. Chi pubblica e vuole essere rigoroso nella parte storica sa quali e quante sieno le difficoltà che s' incontrano per ricercare e trovare ciò che è stato scritto su di un dato argomento. Marcel Baudoin, che da varî anni ha fondato un Istituto di Bibliografia a Parigi, al quale si può ricorrere, mediante un tenue compenso, per avere informazioni, sunti, traduzioni, ecc. oggi che l'Index Medicus ha cessato le sue pubblicazioni, ha voluto iniziare la nuova pubblicazione in Francia, pubblicando ciascun mese a seconda della moderna Classificazione decimale l'indicazione di ciò che è stato pubblicato nel mese precedente. Alla fine dell'anno sarà data una tavola analitica completa ed una tavola alfabetica per autori. Come si comprende, un lavoro immane; un lavoro per il quale le lodi non sono sufficienti. Ciò che è poi lodevole è di avere ridotto di gran lunga il prezzo della pubblicazione dell'antico Index Medicus, perchè potesse essere la nuova pubblicazione alla portata dei più. Il Direttore giustamente si raccomanda agli autori perchè vogliano cortesemente inviargli i loro lavori: è una utilità reciproca. Che a Marcel Baudoin arrida la fortuna. Se la merita. CECCHERELLI.

LIVIERATO. — *Cause del battito cardiaco e varie teorie emesse.* (Dalle Conferenze Cliniche Italiane, Conf 28, Vallardi, Milano 1900).

JONNESCO. — *Nouveaux procédés de sutures abdominales sans fils perdus* (Dalla Presse Mèdicale, 1899. Vedi Clinica Chirurgica, pag. 955 del 1899).

RUBINO ALFREDO. — *Dizionario pratico illustrato delle Scienze Mediche.* Fascicolo 7, Casa Vallardi 1900.

Trattato italiano di Chirurgia. Vol. II, Parte IV. — ROMANO. *Malattie delle articolazioni*, Fascicolo 25 e 26, Vallardi, Milano, 1900

ROMITI GUGLIELMO. — *Sull'anatomia dell'utero gravido* (Dal Monitore Zoologico Italiano 1899).

ROMITI GUGLIELMO. — *Necrologia di Giovanni Zoia.* (Dal Monitore Zoologico Italiano, 1900).

VANGHETTI. — *Plastica dei monconi a scopo di protesi cinematica.* (Milano, 1900). Vedi Rivista dei giornali di Chirurgia, Archivio di Ortopedia, N. 6).

RESPIGHI. — *Hyperkèratose figureè centrifuge atrofiante* (Dagli *Annales de Dermatologie et de Syphilographie*, Paris 1900).

RESPIGHI. — *Su di una speciale modificazione di glandole della mucosa orale* (Dal Giornale Italiano delle Malattie Veneree e della Pelle 1899).

ROGER e JOSSE. — *La moelle osseuse a l'état normale et dans les infections.* Paris, Masson 1899 (Vedi argomento del giorno).

CRONACA.

È morto a Reims Decés professore di Clinica Chirurgica e gli è succeduto il Dott. Pozzi; a Marsiglia Jules Boeckel il valente Chirurgo di Strasburgo; a Bonn, Karl v. Mosengeil, Clinico Chirurgico.

Il valentissimo nostro Collega, il Prof Giulio Masini ha iniziata la pubblicazione di un nuovo Giornale trimestrale col titolo: *Annali di Laringologia ed Otologia, Rinologia e Faringologia.* Al compagno di lavoro auguri fervidissimi. Intanto nella Rubrica consueta, Rivista dei Giornali di Chirurgia, ne iniziamo il Rendiconto.

Società Medico-Chirurgica di Bologna.

Programma di Concorso al Premio Gajani pel 1901.

Questa Società, per attuare le disposizioni testamentarie del benemerito socio Dott. *Vincenzo Gajani*, apre il Concorso ad un *Premio* di *L. 500* in oro col seguente tema scelto nell'adunanza del 1.° Marzo: La Chirurgia delle vie biliari.

Condizioni pel concorso: 1.° Le memorie concorrenti al *Premio* saranno in lingua italiana, latina o francese, inedite e manoscritte con calligrafia intelligibile.

2.° Non porteranno alcuna indicazione del nome dell'Autore, ma unicamente un motto: questo sarà ripetuto sopra busta sigillata, dentro la quale sarà il nome dell'Autore e la sua residenza.

3.° Sarà nullo il Concorso per quell'Autore, il quale, anche senza mettere il proprio nome, si farà conoscere in qualche maniera.

4.° I soci residenti della Società Medico-Chirurgica di Bologna sono esclusi dal Concorso.

5.° Le memorie del Concorso dovranno pervenire franche da qualunque spesa alla Segreteria di questa Società entro l'anno 1901.

6.° Il *Premio* sarà accordato a quella memoria, che meglio delle altre svolgerà in tutte le parti il tema proposto, contenendo studi originali e giungendo a conclusioni nuove ed importanti.

7.° Fra due memorie di pari merito il *Premio* sarà diviso.

8.° Le dissertazioni premiate verranno in luce nelle Memorie della Società, precedute dal giudizio dato dall'Accademia, e gli Autori ne riceveranno in dono 50 copie.

9.° Ad una dissertazione di molto merito, ma mancante di qualcuno dei requisiti per ottenere il *Premio*, potrà accordarsi un *attestato di Lode.*

10.° Le buste, che accompagnano le memorie premiate, saranno aperte in piena seduta; quelle spettanti alle altre verranno bruciate e le memorie resteranno nell'Archivio della Società.

Bologna, 3 Marzo 1900.

Il Presidente
Augusto Murri

Il Segretario
Luigi Mazzotti.

Missaglia Giuseppe, *Gerente responsabile*
Tip. della Casa Editrice Dott. Francesco Vallardi, Milano.

Dall'Istituto di Clinica Chirurgica operativa della R. Università di Parma
diretto dal Prof. ANDREA CECCHERELLI

CONSIDERAZIONI CLINICHE-SPERIMENTALI

SULLA PATOGENESI DELLE ALTERAZIONI GASTRICHE CONSECUTIVE ALLE STENOSI BENIGNE DEL PILORO

E STUDI

SUI RESULTATI PROSSIMI E REMOTI DELLA GASTROENTEROSTOMIA E PILOROPLASTICA

PEL

Dott. GINO GHERARDI

« Uti ratio sine experimentis mendax
Ita experientia sine ratione fallax ».

La chirurgia dello stomaco, in questi ultimi tempi, ha progredito con passi giganteschi e dalla sola applicazione sua alle affezioni maligne si è estesa e giorno per giorno si applica alle affezioni di natura benigna. Questo forma uno dei capitoli nuovi della chirurgia viscerale, il più studiato, il più discusso, ed è quello che porta continuamente e costantemente numerossime osservazioni, nuovi contributi ed ai chirurghi nuova messe di ben meritati trionfi. A questo proposito con molta sapienza Doyen dice « l'*avenir de la chirurgie de l'estomac n' est donné pas dans l'affections du cancer; elle est dans la cure des affections non cancéreuses qui, toutes, sans exception, peuvent aboutir à cette dégénérescence redoutable. L' avenir est à la chirurgie des affections prèmonitaires du carcinome* ».

Per prevenire questo occorre quello che Tuffier continuamente proclama « l'*anastomose entre le medecin et le chirurgien* ». Possono i medici intervenire con farmaci quando la stenosi è leggera ed ottenerne buoni risultati, ma se continua il malessere, se la stenosi è molto accentuata certo questi infelici non avranno nessun sollievo da una cura medica anche ben condotta; tanto più che i colpiti sono a preferenza i diseredati, ai quali per vivere occorre poter lavorare, e, se ammalati non essere sottoposti ad una cura lunga e costosa a cui solo i privilegiati della società possono far fronte.

Considerando poi che il ristabilimento delle funzioni dello stomaco dipende dalle condizioni della mucosa gastrica prima dell' ope-

razione (Mintz) si capisce come non si debba tardare troppo, perchè se si aspetta che l'evoluzione della gastrite abbia portato all' atrofia delle glandole non potremo più chiedere nè pretendere dall'operazione quei vantaggi che ci dà in casi d' intervento a tempo opportuno. Mi pare che qui la frase di Kocker ai medici « *messieurs, permettez nous de guérir vos malades* » trova ragione di essere. E di più io penso che la responsabilità, se l'ammalato muore di choc per l' operazione in causa dell'esaurimento a cui era ridotto, non debba essere tutta del chirurgo, dovendo questi, come dice Zezas, tener conto dell'umanità e non delle cifre e tentar quindi qualunque mezzo pur di salvare il paziente dall'inanizione; attribuisco tutta la colpa al medico se avviene la morte senza che al paziente sia stata mostrata questa altra via di salvezza.

A questo capitolo, palpitante di attualità, delle affezioni gastriche benigne richiedenti l'intervento chirurgico, è rivolto il mio studio.

***

Quasi tutte le operazioni praticate sullo stomaco trovano la loro ragione di essere nelle stenosi piloriche. Il piloro, quest'organo posto in continuazione dello stomaco e seguito dall'intestino, sia per la posizione, per la funzionalità che per la sua costituzione anatomica, va soggetto ad alterazioni frequentissime quasi tutte inducenti un restringimento più o meno accentuato dell'organo. Numerosissime sono le stenosi piloriche e volendo farne una classificazione le dividerei in due grandi gruppi: congenite ed acquisite

Le *congenite* sono le più rare e furono descritte dal Landerer, Luton, Peten, Mejer, ecc. Escherich dice che nei cadaveri dei poppanti può trovarsi fortemente contratto lo stomaco per cui si può avere l'apparenza di un tumore anulare che rimpicciolisca il lume del piloro fino a farlo scomparire.

Hirschsprung, Heuschel, Gran, Stern hanno pubblicati casi di sedicente stenosi pilorica che coincidevano perfettamente con questi casi di contrazioni delle pareti gastiche. Ma l'esperienza generale dimostra che realmente nella prima età esistono casi di stenosi pilorica.

Il substrato anatomo-patologico di questi casi non è ben noto; pare però si tratti di una malattia puramente funzionale di uno spasmo dei muscoli del piloro (Wiener Klinische Wochenschrift, N. 45, 10 novembre 1898). Il Peten osservò all'autopsia di un bambino, che era vissuto per pochi giorni, un ingrossamento della tunica muscolare e che certamente era congenito. Ora questo impicciolimento del lume, col crescere del bambino, dà luogo a gastrectasie, le quali, studiate dal Landerer, furono chiamate *dilatazioni gastriche consecutive a stenosi congenite del piloro,* avendo egli trovato quest'organo molto ristretto in adolescenti ed adulti, senza alcun ingrossamento od altra lesione

apprezzabile. Di questi restringimenti congeniti Majer ne ha raccolti 31 casi.

Le stenosi piloriche *acquisite* si possono suddividere in stenosi da cause *intrinseche* e da cause *estrinseche*.

Le *intrinseche* son così dette nel senso che la loro azione è localizzata nell'interno della cavità gastro-duodenale o nelle rispettive pareti. Numerosissime sono le cause che le apportano; e prime tra esse dobbiamo annoverare i restringimenti cicatriziali che succedono alle ulceri qualunque esse siano. Sappiamo infatti che l'ulcera rotonda predilige con molta frequenza questa regione, ma che però non è la sola. Reperto raro perchè difficilmente vi si sviluppano sia per la mancanza dei follicoli, come vogliono Falk, Frant, Strauss, Wurtz, sia per la presenza del succo gastrico, come vuole lo Spallanzani, sono le ulceri tubercolari che pur tuttavia possono indurre allo stesso esito. Durante ne riscontrò due casi secondari a tubercolosi del duodeno. Ceccherelli pure accenna ad un caso. Durante riferisce anche un caso di ulcera sifilitica. Retrazioni cicatriziali pure apportano le ulcerazioni consecutive all'ingestione di acidi o di alcali caustici, i quali per la direzione verticale dello stomaco e perchè i due orifici, cardias e piloro, sono pressochè sulla stessa linea verticale (Tillaux, Doyen, Ceccherelli), non cadono contro le pareti, ma invece direttamente alla regione pilorica e prepilorica. Non occorre dire come il connettivo di queste cicatrici agendo per trazione venga a diminuire o ad occludere il lume del canale.

Accenno, per essere completo, alle stenosi maligne sostenute da tumori e precisamente dal cancro, il quale da solo si trova per frequenza nella proporzione del 99 °|₀ e dalla statistica di Welck di 1300 casi 791 avevano sede nel piloro. Non occorre cho esso sia sempre circolare per produrre stenosi, ma può svilupparsi al di sopra del piloro e mandare escresenze papillari o polipose occludenti a valvola l'orificio suddetto (Ewald, Pertik, Cruveilhier).

Rari sono i tumori benigni; è noto il caso di fibroma del Cornil e l'adenoma del Chiari. Il Bernabei riscontrò in una donna dei polipi mucosi peduncolati nella mucosa gastrica, uno dei quali veniva ad immettersi colla sua estremità libera nell'orificio pilorico.

Furono descritti casi di stenosi pilorica sostenuta da ipertrofia delle pareti dell'organo. Lebert fu il primo che potè diagnosticare in vita questa forma e per primo la studiò. La letteratura ne conosce 25 casi, quantunque in alcuni di essi la ipertrofia si estendesse oltre la regione pilorica. È noto il caso di Nauwerk, in cui il piloro era trasformato in un tumore cilindrico, liscio, grigiastro, a pareti ipertrofiche, lo spessore delle quali raggiungeva i 14 millimetri, di cui 7 per la tunica muscolare, da 4 a 5 per la mucosa e 2 per la sierosa. Il Lebert ritiene che la stenosi ipertrofica del piloro sia un esito della gastrite cronica, che ha per conseguenza, a cagione dell'irritazione

prolungata sopratutto della regione pilorica, un'infiammazione plastica di tutte le tonache gastriche. Secondo Tilger invece sarebbe un fatto secondario ad una stenosi pilorica forse congenita, forse anche favorita dall'infiammazione della mucosa che sarebbe, secondo lui, la prima ad alterarsi. Ad ogni modo anche i casi meglio studiati, quali quello di Nauwerk e Tilge non possono reggere ad una severa critica anatomo-patologica perchè non possono farci escludere la probabilità che siano il prodotto di pilorite interstiziale cronica. Il Sansoni riportandosi all'anatomia patologica è del parere che trattasi principalmente di « una ipertrofia ed iperplasia delle fibre muscolari liscie. La sottomucosa è pure ipertrofica ed il processo pare si inizi in essa da dove poi si estenderebbe alle altre tonache. Il colore della sottomucosa è di un bianco lardaceo: essa è dura e al taglio scroscia sotto il coltello. Trattasi di un tessuto connettivo sclerotico costituito da fasci connettivi compatti. In alcune regioni esistono ammassi di cellule linfatiche, ma in nessun punto elementi cancerosi. La mucosa presenta i caratteri di una gastrite cronica; nei casi avanzati le glandole si atrofizzano e vengono rimpiazzate da connettivo con ammassi qua e là di cellule epiteliali, residuo dell'epitelio delle glandole distrutte ».

Il Kussmaul dimostrò nel cadavere come lo stomaco pieno fortemente disteso può produrre stenosi perchè trascinando in basso la porzione orizzontale del duodeno, restando fissa la verticale, si viene a formare un gomito, un angolo ed il lume pilorico è così ridotto ad una fessura ed anche completamente ostruito per il combaciamento delle pareti. È ciò che frequentemente si osserva nella dilatazione atonica del ventricolo.

Un'altra specie di stenosi intrinseca è la funzionale sostenuta dallo spasmo del piloro, il quale viene ad essere contratto così validamente da opporre un ostacolo insormontabile al passaggio degli alimenti, come si ha negli ostacoli di origine organica. Questa contrattura non sarebbe altro che l'esagerazione di chiusura fisiologica dello sfintere pilorico. Essa è spesso intermittente.

Le cause occasionali sono numerose e dipendono o da aumento della eccitabilità degli apparecchi motori del piloro, da fatto riflesso determinato da stimoli meccanici, chimici, termici e da iperestesia morbosa della mucosa del ventricolo, sia o no essa accompagnata da alterazioni di secrezione. Così in caso di iperacidità e di ipersecrezione, nell'ulcera del piloro e dello stomaco, per corrosione della mucosa da sostanze tossiche. Che lo spasmo pilorico sia causato dall'aumento di acidità dello stomaco è dimostrato chiaramente dalle esperienze di V. Pfungen e Ullmann, in un individuo affetto da fistola gastrica, nel quale osservarono che, mentre le soluzioni deboli di HCl (l. 2 $^{0}/_{00}$), corrispondenti press' a poco all'acidità normale del succo gastrico umano aumentano la peristalsi dell'antro pilorico, quelle

più forti (2,5 ‰), determinano uno spasmo dello sfintere pilorico ed un ritardo nel passaggio degli alimenti nell'intestino. È ciò che si osserva nella malattia del Reickmann. Gli stessi autori notarono che la introduzione nello stomaco di soluzioni di bicarbonato di soda o di acqua calda alla temperatura di 42° c. faceva scomparire lo spasmo. Ferrarini dimostrò che negli animali ove si ha acidità cloridrica del contenuto gastrico molto elevata anche fisiologicamente come nel cane, il passaggio del chimo nell'intestino si compie con lentezza e ritardo rispetto a quanto si verifica negli altri animali, ove però è modica l'acidità cloridrica gastrica. Per lo spasmo consecutivo ad ulcera vicina al piloro si osserva lo stesso fatto riflesso che si ha in corrispondenza d'altre aperture come il tenesmo all'orificio anale per ragadi di questa regione, ed il blefarospasmo per lesioni analoghe alla rima palpebrale. Questa stenosi funzionale, questo spasmo col continuo ripetersi può dar esito ad un restringimento anatomico, vero, permanente; fatto che per Luton dipenderebbe dal deposito di elementi plastici, pel Doyen da un processo interstiziale sottomucoso consecutivo ad una irritazione prolungata e terminata per la trasformazione fibrosa e retrattile del tessuto embrionario.

Alcuni ammettono anche uno spasmo pilorico primitivo determinato da una nevrosi motoria circoscritta al piloro.

Anche cisti idatidee, ammassi di sarcine, corpi estranei, come calcoli nel duodeno, furono osservati, causa ostruente in totalità, o in parte la comunicazione tra stomaco ed intestino.

L'altro grande gruppo di stenosi piloriche è quello da cause *estrinseche*. Sono gli organi limitrofi al piloro che per inflammazione o per neoproduzioni vengono ad esercitare una compressione sull'organo. E numerosi casi di stenosi piloriche dovute a briglie formatesi per irritazioni circostanti, la letteratura ne enumera. Così ad esempio il Ceccherelli narra di un caso in cui una briglia, avente rapporti colla faccia posteriore dell'ala sinistra del fegato, stirava in alto il piloro, facendogli fare un angolo molto accentuato di modo che il lume dell'intestino era tanto diminuito da non permettere il passaggio del dito mignolo. Queste briglie non sono ad altro dovute che a processi di peripilorite. Ed è in questi casi in cui colla semplice apertura del ventre si son guarite dispepsie ribelli a qualunque trattamento medico. Era il chirurgo che colle sue mani lacerava le briglie e non trovando alcun aumento di volume del piloro chiudeva l'addome senza compiere ulteriore atto operativo. Il Bouveret narra di un caso di stenosi pilorica per aderenze alla cistifellea calcolosa.

Importantissimo è il fatto occorso al Ceccherelli in un suo operato. Questi per i sintomi che presentava fu diagnosticato affetto da colecistite da calcolosi biliari con fenomeni di ostruzione pilorica. « Fatta la laparotomia trovai quantità considerevole di aderenze che circondavano il piloro e lo facevano aderire al colon, al fegato e

non permettevano di esplorare la cistifellea. Palpando il piloro lo avvertii durissimo in modo che fui tratto in inganno e supposi erronea la mia diagnosi, credendo invece di aver a fare con un epitelioma del piloro. Temendo lacerazioni per le innumerevoli e resistentissime aderenze non pratico la resezione, ma la gastroenterostomia alla Hacker. L'operato sta bene per qualche mese, dopo i quali ritornano i disturbi e, ricoverato nell'ospedale, vi muore. Alla necroscopia si trova la colecistite da calcolosi biliare e consecutiva stenosi pilorica. Il calcolo era talmente incastonato tra le briglie che mi trasse in errore ».

All' esito di stenosi si giunge per neoplasmi della testa del pancreas, del fegato, dell' omento, per ipermegalia e per tumori delle glandole retroperitoneali. Il Rokitanski ed il Kussmaul riferiscono casi di stenosi pilorica per ernia omentale o del colon: la meccanica di questo fatto consisterebbe nella trazione esercitata sulla prima porzione del duodeno mobile, sulla seconda, fissa, dallo stomaco stirato in basso dall'omento e dal colon.

La mobilità del rene destro produrrebbe, per la compressione del duodeno da parte del fegato e del pancreas, lo stesso risultato. Il busto pure deve entrare nel novero degli agenti esterni compressivi.

Queste sono le stenosi che si riscontrano al piloro o vicino ad esso e che sono andato rapidamente enumerando. Vediamo ora le alterazioni gastriche che ne conseguono.

L'ostacolo che le stenosi oppongono alla funzione del ventricolo è proporzionato al grado del restringimento. Si esplica qui un fatto analogo dell' apparecchio cardio-vascolare. Il cuore spinge il sangue da una cavità ampia ad una più ristretta, attraversando un ostio, e ve lo spinge con una data ritmicità e senza interruzione; ora, se a questo lavoro meccanico viene ad aumentare la resistenza per alterazioni dell'ostio, se in altre parole si produce lieve stenosi, si ha che il foro di comunicazione diventando più ristretto, il miocardio deve compiere un lavoro maggiore e conseguenza di questa iperfunzionalità è l' aumento delle fibre muscolari in numero ed in spessore, cioè l' ipertrofia cardiaca. Ora, anche nello stomaco, tolte date condizioni come la ritmicità delle contrazioni e la continua funzionalità del cuore, non si verifica lo stesso fatto? Lo stomaco, appena s'inizia un legger grado di stenosi deve fisiologicamente ipertrofizzare per compensare colla maggior energia l'ostacolo al defluire del chimo. È l'ipertrofia dei muscoli dei ballerini, degli schermidori, ecc. Ma questo per una stenosi leggera; mentre se è molto accentuata e di lungo durata, lo stomaco si sfianca per degenerazione delle pareti. La muscolatura gastrica è riescita impotente a vincere il grado di pressiona pilorica e dopo sforzi robustissimi ha dovuto cedere. E lo stomaco può allargarsi distendersi tanto da occupare tutto l'addome e perfine

il piccolo bacino ed il paziente vivere ancora, ma di vita assai miseranda. Il Godon narra di un caso, appena credibile e conosciuto sotto il nome di idrope dello stomaco, in cui un uomo aveva uno stomaco contenente 90 libbre di liquido ed il Jogt riferisce di un altro, in cui l'organo dilatato enormemente, formava un'ernia scrotale dal lato sinistro. Questi però sono fatti rari e certo pochi se ne conoscono. Quando la dilatazione è molto rilevante, lo stomaco si estende dalla vôlta sinistra del diaframma fino alla sinfisi pubica in modo da comprimere la vescica e ricoprire press'a poco tutte le anse intestinali. La metà sinistra della piccola curva resta parallela alla colonna vertebrale sul prolungamento diretto dell'esofago, la parte pilorica della stessa si stacca ad angolo acuto e si dirige in alto verso il fegato. La gran curva si trova in contatto colla metà sinistra della parete addominale; il piloro è più o meno tirato in basso, il legamento epato-duodenale allungato. Nei casi ordinarì di stenosi pilorica lo stomaco si trova in un punto variabile tra pube ed ombellico, generalmente 3-4 dita trasverse sotto quest'ultimo. Non tutto il ventricolo però si dilata uniformemente: esiste anche qui un locus minoris resistentiae, un tendine d'Achille, ed è in corrispondenza del gran cul di sacco, che sempre resta disteso per la presenza dei gaz; mentre la regione prepilorica, pure dilatabile, ma in minor grado, lo è solo per il ristagno degli alimenti. Le pareti dello stomaco all'inizio della lesione macroscopicamente sono ipertrofiche e ciò per vincere l'ostacolo pilorico, ma colla durata e colla vittoria di esso si sfiancano ed il rilasciamento avviene anche qui prima in corrispondenza del gran cul di sacco. Tutti gli strati costituenti le pareti dell'organo non restano inerti; anch'essi vanno soggetti ad alterazioni gravi. La sierosa può diventare un po' grossa ed opaca, ha talora la superficie un po' ineguale con briglie che fissano lo stomaco agli organi circostanti. La muscolare ora appare normale ora in totalità o solo in parte ispessita od assottigliata; generalmente però la regione prepilorica è sempre ipertrofizzata, come quella che deve sostenere una lotta più lunga. Da alcuni anni fu osservato che le fibre muscolari della cravatta svizzera e le oblique sono quelle che più atrofizzano e degenerano avendo esse l'azione d'innalzare lo sfondo dell'antro pilorico per vuotarlo nell'intestino. Altri, come Lebert, parlano di ipertrofia delle singole cellule muscolari e di degenerazione colloide, non mai osservate da Ewald in numerosissime sue osservazioni, ma piuttosto una degenerazione grassa più o meno estesa. L'Ewald dice che gli interstizi fra i singoli fasci muscolari sembrano dilatati, attraversati da fasci di connettivo; spesso esiste un'infiltrazione di piccole cellule, che ha punto di partenza dalla sottomucosa. Quest'ultima forma un tessuto a larghe maglie, ripiene di cellule rotonde, e con vasi fortemente dilatati. Le alterazioni più marcate si notano nella mucosa, le cui cellule glandolari in molti punti sono inalterate, in altri sono

intorbidate e granulose, in altri ancora degenerate cisticamente o risoltesi in un infiltrato di piccole cellule, il quale riempie anche le maglie del connettivo interstiziale. Non si notò mai ipertrofia di esse nè aumento in numero. I tubi ghiandolari non sono come normalmente adiacenti tra loro, ma sono allontanati l'uno dall'altro da ispessimento del tessuto interstiziale e da infiltrazione di numerose cellule rotonde.

Queste le alterazioni macro e microscopiche che si osservano nelle pareti del ventricolo dilatato. Ma possiamo noi dire che un individuo ha uno stomaco dilatato per il solo fatto che l'organo si presenta aumentato di volume? Sappiamo che il solo cambiamento di volume di un organo non è sufficiente argomento per dimostrare la esistenza di una condizione morbosa ed infatti due cervelli possono presentare un volume superiore alla media, eppure l'uno essere il cervello di un genio e l'altro quello di un idrocefalico; due muscoli aumentati di volume l'uno può essere quello di un forte ginnasta, l'altro quello di un malato di pseudo-ipertrofia muscolare Potremo quindi avere uno stomaco aumentato sì nel volume ma integro nella sua motilità, perchè si svuota a tempo, ed allora diremo trattarsi di megalogastria; e di questi stomachi solo aumentati in volume ma ben funzionanti ne esistono senza portare alcun fatto morboso, senza disturbi; mentre noi ci troveremo nel campo patologico, quando a lato della prima alterazione noteremo un mutamento nella sua funzionalità. Solo allora chiameremo gastrectasico un individuo se all'esame ci presenta uniti questi due fatti. È necessaria questa distinzione perchè, come si nasce con megalogastria, si può sortire dalla nascita con stomaco piccolo e quando questo si altera per un ostacolo, ad esempio, al deflusso del chimo ed aumenta di volume questo raggiungerà o tutt' al più sorpasserà di poco il volume di uno stomaco normale e noi quindi non dovremmo ammettere dilatazione o gastrectasia se non esistesse contemporanermente anche la diminuita o perduta funzionalità. Ed ora come si produce la gastrectasia? Hayem considera il meccanismo della sua produzione colla stessa modalità sia che si tratti di gastrite con svuotamento tardivo dello stomaco, sia di qualsivoglia ostacolo meccanico al medesimo. Divide in 3 fasi la formazione della dilatazione.

Nella prima fase si ha una forma di gastrite per cui le digestioni sono prolungate e non associate a vomito; si ha lentezza nello svuotamento dello stomaco, persiste l'appetito per cui quando l'ammalato mangia ha ancora nel ventricolo dei residui alimentari del pasto precedente.

L'organo lavora molto e solo riesce a svuotarsi nella notte. Conseguenza diretta è la distensione eccessiva dell'organo, prima causa della dilatazione. Nella 2.ª fase pure lo stomaco si svuota nella notte sia per la posizione orizzontale del malato sia perchè l'organo

reagisce ipertrofizzandosi. Si osserva allora aumento dell'organo in tutte le sue parti e tale si conserva allo stato di vacuità.

Nella 3.ª fase si ha la vera dilatazione atonica. Quivi lo stomaco è molto più dilatato che precedentemente e contiene più gaz che liquido. All' ipertrofia della mucosa e muscolare della 2.ª fase succede l' atrofia; la mucosa gastrica diviene sempre più sottile, è tesa, liscia, senza pieghe; nello stesso tempo lo strato muscolare perde la sua struttura normale, perchè invaso da un processo di sclerosi interstiziale (Archives generales de Médecine, Agosto 95).

La ritenzione alimentare, dice Carle, è la causa unica di tutti i fenomeni che si osservano nei gastropatici; perciò le alterazioni ora dette saranno accompagnate da disturbi delle funzionalità dello stomaco.

Prendiamo per primo in esame la motilità.

Fisiologicamente la funzione motoria del ventricolo è, quella precipua, di produrre il suo svuotamento facilitando il passaggio degli alimenti nell'intestino e, l' altra di rendere più attivo il processo digestivo rimescolando continuamente il cibo facendolo venire in contatto più intimo colla mucosa. Appena incomincia a formarsi in corrispondenza del piloro una leggera stenosi qualunque essa sia, lo stomaco reagisce coll'ipertrofia delle sue pareti, e se il grado del restringimento resta stazionario il paziente può campare per lungo tempo per il compenso formatosi.

È il fatto che si verifica nei cardiopatici che possono vivere per lunghi anni ancora senza accorgersi di una lesione cardiaca, e ciò finchè l'ipertrofia del ventricolo compensa il vizio valvolare. Ma se questo vizio valvolare si fa più grave, si presentano subito i fenomeni dello scompenso.

Così per lo stomaco, quando la stenosi è ad un grado un poco più avanzato esso, ipertrofizzato, si contrae con validità e riesce tuttavia con un po' di stento ed impiegando un po' più di tempo a cacciare il chimo, ma l'ammalato comincia ad accusare senso di peso e di gonfiore, pirosi, crampi irradiantisi, sintomi che esprimono lo sforzo dell'organo per vincere l' ostacolo ed il soggiorno prolungato degli alimenti; quando il contenuto è passato subentra la calma. Facendosi la stenosi più accentuata lo scopo assoluto delle contrazioni energiche non è più raggiunto che di rado ed incompletamente ed in un tempo molto lungo, succede allora che il contenuto si ferma nello stomaco si addossa e si calca alle pareti mentre esso convulsivamente continua a lavorare e finisce poi per svuotare il suo contenuto da quella parte ove incontra minore resistenza, cioè verso il cardias: si ha in altre parole il vomito. In tal modo si vengono a spiegare numerosi fenomeni clinici che si riscontrano nell'ammalato, e cioè il vomito, come abbiamo visto, il senso di peso e di gonfiore all'epigastrio per la stasi alimentare prolungata a 10-12 ore ed anche più e le bozze migranti

sotto le pareti addominali, bozze che si originano all'ipocondrio sinistro scendono in basso, si portano sulla linea mediana da cui si innalzano dirigendosi all'esterno perdendosi infine alla regione pilorica per ripresentarsi di nuovo nel primo punto accennato, e provocando continuamente nel paziente un senso di molestia che assomiglia a piccola colica.

Questa lesione della motilità dello stomaco quando è molto accentuata è detta agitazione peristaltica dello stomaco del Kussmaul, che per primo la studiò e la descrisse.

L'essenza sua pare risieda non solo nella grossezza della tonaca muscolare, ma anche nello stimolo intenso che la presenza di copiose quantità di acidi liberi esercita sui nervi sensibili della mucosa.

Infatti i fisiologi tutti asseriscono che il movimento peristaltico dello stomaco aumenta nella sua energia col progredire della digestione. Ciò si potrebbe spiegare per l'aumentarsi dell' acidità del succo gastrico colla digestione e, come dimostrò von den Velden (Deutsch. Archiv. f. Klin. Med. Bed. 25 s. 205), per l' apparizione dell' acido cloridrico libero nel succo gastrico dell'uomo sano solo da una mezz'ora ad un' ora e mezza e più tardi dopo il pasto.

Il Kussmaul osservò fortemente acido il vomito di quegli ammalati nei quali l'agitazione peristaltica si presentava nella sua più alta espressione.

Un altro fattore dell'eccitamento, oltre che all' HCl libero sarebbe dovuto all'acido carbonico che si sviluppa nell' anormale fermentazione dell'acido butirrico. Epperò queste contrazioni vermicolari esagerate, questa lotta dell'organo per vincere il nemico vengono a diminuire ed a cessare poi colla persistenza ed aumento del restringimento. Le pareti gastriche stanche si sfiancano, atrofizzano ed alle volte degenerano, come abbiamo visto, grassosamente. A questo modo si viene a quelle forme di dilatazioni enormi in cui il ventricolo può contenere varî litri di liquido.

Conseguenza diretta delle alterazioni della mucosa è il potere assorbente dello stomaco che viene anch'esso compromesso, in seguito a stenosi del piloro. Questa funzione però non offre gran che di importante perchè tutt' ora si è discordi sul potere assorbente dello stomaco.

Il Beaunis attribuisce all'assorbimento grande parte e lo designa come uno dei fattori dello svuotamento dell' organo. Oggi invece si ammette dai più che solo le soluzioni zuccherine, i peptoni vengono assorbiti. Colin dimostrò colla sua celebre esperienza in quale grado sia questo potere assorbente nello stomaco del cavallo. Egli dopo aver stretto il piloro fece ingoiare all'animale un po' di stricnina. I fenomeni d'avvelenamento comparvero solo dopo la avulsione del laccio. Così Mering esperimentando su cani con fistola duodenale dice che lo stomaco assorbe solo quantità di una soluzione di maltosio, saccarosio, peptone.

Bunge oppone alla esperienze di Mering che ai cani non erano state tolte le glandole salivali il cui secreto in un'ora può variare dai 30 ai 90 cmc. Ben si comprende tuttavia come l'assorbimento gastrico rispetto all'acqua si compia in quantità minime. E ciò è dimostrato clinicamente perchè gli ammalati con forte stenosi pilorica vanno soggetti a sete intensa, bevono, ma la sete non si estingue; continuano a bere ed il liquido staziona nel ventricolo come in un otre, e si son visti ammalati tenere per varie ore 3-5 litri di acqua nel ventricolo ed essere nello stesso tempo travagliati dalla sete. A questo consegue aridità dei tessuti, i quali, mancando di acqua, diventano asciutti, secchi, incapaci al lavoro. L'urina diminuisce in quantità. Il potere assorbente dello stomaco è stato rilevato da Penzoldt coll'introduzione di capsule di gelatina, ben nette esternamente e contenenti gr. 0,2 di IK.

Egli saggiava la saliva colla salda d'amido e le urine coll'acido nitroso-nitrico ed affermò che lo stomaco sano assorbe il joduro di potassio da 6 a 11 minuti, e nella saliva si presentava la reazione violetta, dopo 8-15 la reazione azzurra, entrambe caratteristiche dell'iodio.

Questi reperti furono convalidati da Faber, Wolf, Quetsch, Zweifel. Quest'ultimo anzi riportò l'esame su individui con stomaco ammalato e trovò che vario era il tempo impiegato all'assorbimento di detta sostanza a seconda delle affezioni di cui lo stomaco era affetto: era minimo nell'ulcera rotonda, di lieve momento nel catarro, massimo nella gastrectasia e nel carcinoma. Nella penultima il ritardo poteva arrivare a 2 ore e più, nel carcinoma ad 82 minuti, nel catarro gastrico cronico a 21 minuti. Ewald spiega questo ritardo colla paralisi degli elementi motori.

Così ho passato in rassegna le modificazioni che subiscono la motilità e l'assorbimento dello stomaco in seguito alle stenosi benigne del piloro. Mi resta ora a dire della terza e non meno importante funzione e cioè della chimica.

Il chimismo della secrezione gastrica nell'ectasia non è modificato nella qualità ed Ewald asserisce che ove si tratti di stenosi cicatriziali del piloro, di ipersecrezione, di spasmo pilorico, ecc. allora si trovano nel contenuto gastrico quasi senza eccezione le quantità ordinarie ed aumentate di HCl, peptone e propeptone e si può constatare un'azione peptica sufficente, sebbene forse rallentata. Che la presenza dell'HCl sia normale, si capisce facilmente quando si pensi che i tubi ghiandolari sul principio della lesione non sono alterati e non esiste un catarro mucoso dello stomaco e si capisce anche l'ipercloridria per l'ipersecrezione dovuta all'irritazione continua sulle glandole da parte degli elementi stagnanti. Ma col lungo persistere del ristagno anche la secrezione dell'HCl può venire alterata e passare così dalla ipercloridria alla ipo od anacloridria per le alterazioni della

mucosa consecutive al ristagno stesso. Il quadro del normale andamento della secrezione viene però complicato dalle fermentazioni che avvengono nello stomaco e che provocano delle scomposizioni secondarie del contenuto. È noto il canone di Leube: i cibi e le bevande che non han lasciato lo stomaco 8 o 10 ore dall' introduzione, non possono assolutamente essere digerite, nè spinte nell'intestino. Effetto di questo ristagno è la fermentazione, la quale dà luogo come vedremo a disturbi meccanici mediante sviluppo di gaz che distendono lo stomaco, premono sui visceri ed inceppano il respiro; gaz poi che alla lor volta irritano la mucosa e possono di per sè sostenere la stenosi producendo uno spasmo riflesso del piloro, a disturbi di intossicazione per l'assorbimento di veleni gazosi o liquidi che si vanno formando. Ma e l'azione dell'acido cloridrico? Questi dovrebbe impedire la fermentazione degli idrati di carbonio, se si ammette collo Spallanzani che abbia azione antifermentativa. Ma le osservazioni cliniche di Minkowski ed Hoppe-Sayer dimostrarono che le fermentazioni e quindi la formazione di gaz non è ostacolata, anzi è frequente negli ammalati di ipersecrezione; di più il Fleischer dal campo sperimentale giunse alle identiche conclusioni e cioè che *l' acido cloridrico nella quantità ch'esso si trova di solito nello stomaco sano all'acme della digestione non solo non impedisce la completa fermentazione dello zucchero con uno sviluppo di gaz assai copioso, ma che anzi la favorisce in alto grado.* Questo quando lo stomaco ha alterato il suo potere assorbente; mentre se in uno stomaco sano s' introduce dello zucchero in copia, si dovrebbe avere una forte produzione di gaz, ma la mucosa rapidamente l'assorbe in parte, l'altra parte passa nell'intestino; ciò che del resto ognuno può aver sperimentato in seguito all' introduzione di bevande fredde come l' acqua di seltz, la birra, le quali quantunque sviluppino enormemente acido carbonico, tuttavia non si hanno segni di accumuli di gaz non comparendo le eruttazioni, nè senso di peso all'epigastrio.

Mentre invece se il potere assorbente gastrico è diminuito, se il piloro è stenosato, tanto lo zucchero contenuto negli alimenti, quanto quello fatto derivare per opera della saliva dagli amidacei, nei primi 10 minuti della digestione stomacale, può rimanere a lungo nello stomaco e fermentare. e più tardi col progredire della digestione e quindi colla comparsa dell' HCl libero nel contenuto gastrico si avranno le condizioni favorevolissime per una pervertita fermentazione dello zucchero con sviluppo di gaz, che man mano si accumulerà nello stomaco. Ed ecco come individui affetti da stenosi pilorica possono presentare lo stomaco teso come un tamburo anche 6, 7 ore dopo il pasto. La fermentazione può collegarsi a formazione di acidi in modo da aversi, come nei due casi descritti uno da Ewald e l'altro da Rupstein, nell' interno del corpo ora una fabbrica di aceto ora una di gaz che, a detta del paziente, eruttandoli attraverso una paglia di

sigaro li poteva accendere e che bruciavano con fiamma splendente. Ruppstein trovò nel vomito alcool, acido acetico, lattico e butirrico; Ewald trovò i gaz costituiti da CO_2, H, gas delle paludi, tracce di gaz oleofacente, ossigeno, azoto ed acido solforico.

Oltre alla fermentazione lattica, acetica, butirrica, alcoolica nello stomaco dilatato si ha anche la fermentazione putrida dell'albumina.

L'azione dell'acido cloridrico nello stomaco normale, rispetto agli albuminoidi, oltre alla digestiva, è quella d'impedire la putrefazione dell'albumina.

Questo avviene normalmente quando è pervio il deflusso nell'intestino; ma cosa succede quando si ha ristagno prolungato nello stomaco? Il Boas affermò che la presenza dell'acido cloridrico libero in grande copia non può impedire nè la fermentazione degli idrati di carbonio nè la decomposizione dell'albumina; che malgrado l'assenza dell'acido cloridrico libero o combinato può mancare affatto la fermentazione degli idrati di carbonio, rispettivamente la decomposizione dell'albumina, e che la condizione più importante perchè si producano i detti processi di fermentazione è rappresentata dal ristagno del contenuto nello stomaco. Di questo possiamo convincersene esaminando il vomito degli affetti da stenosi pilorica. Esso infatti emana l'odore caratteristico di uova fracide e, lasciato a sè, si veggono svolgersi delle bolle portanti frammenti di alimenti dal fondo del vaso verso l'alto, mentre altri affondano; come si osserva mettendo un pezzo di pane nel vino spumante: indica fermentazione. Fleischer dimostrò che la putrefazione dell'albumina non è nemmeno tolta nei casi di ristagno per spasmo pilorico sostenuto da ipersecrezione e colle sue interessantissime esperienze potè asserire come anche il 5 °/₀, di HCl non sia capace di tener lontana la putrefazione da una miscela di albuminoidi. L'esito della putrefazione albuminoidea è la formazione di amido, acidi e di ammoniaca; ed il prodotto suddetto coi gaz di fermentazione degli idrati di carbonio può venir assorbito ed allora si appalesano nell'abito fetente del paziente, venendo emessi dalle vie respiratorie; ed i rutti acidi ed il senso di pirosi che accusa il malato non son certo dovuti, in quello stadio, ad accesso di acido cloridrico.

Questi processi di fermentazione sono sostenuti, anche nello stomaco, da numerosi germi. Gli alimenti che vengono introdotti non sono asettici; colla loro ingestione trascinano gli altri microrganismi che l'aria respirata deposita continuamente sulla mucosa della bocca, delle fauci e della faringe. Si capisce quindi come nello stomaco debbano arrivare enormi quantità di questi piccoli esseri, i quali però vengono distrutti dall'azione antisettica del succo gastrico e cacciati oltre, per la funzione normale dell'organo, nell'intestino ove pure vengono intaccati dalla bile. Ora quando viene a mancare l'elemento principale che è il deflusso dei cibi, quando in altre parole si ha il

ristagno, il potere antisettico dell'Hl, come abbiam visto, viene a mancare ed i germi vittoriosi, esplicano in qualsiasi modo la loro potenza malefica dando luogo alle fermentazioni e putrefazioni sopraccennate.

Questo si verifica anche normalmente: noi possiamo lasciare esposto all'aria per settimane e mesi il filtrato di un contenuto gastrico normale senza che intorbidi od ammuffisca, salvo che vi cadan dentro delle spore dall'esterno; mentre se il filtrato abbonda di germi malgrado la presenza dell'acido cloridrico libero oppure se è neutro od acido per acidi organici si verifica in esso una vivace produzione di funghi che ci permette di diagnosticare così la fermentazione predominante. I funghi che si trovano nel ventricolo possono aumentarsi in proporzioni colossali. I micrococchi, i microbatteri, i bacilli delle più svariate forme, sarcine, blastomiceti, tutti possono svilupparsi nel modo più rigoglioso. Lo stomaco, per le condizioni di calore, viene ad essere vero termostato, perchè le spore a conidi degli ifomiceti e del muco in ispecie si sviluppano con grande abbondanza.

Minkowski in un quadro sintomatico spiega come i microbi possono essere patogeni per lo stomaco:

1.° Dando origine a prodotti irritanti per la mucosa.

2.° Producendo gaz che oltre al senso di molestia dànno distensione e dilatazione.

3.° Determinando sostanze tossiche.

4.° Col produrre, derivate dalla fermentazione, sostanze alcaline capaci di neutralizzare l'acido cloridrico.

5.° Influenzando con abnormi fermentazioni la funzionalità intestinale.

I prodotti che si sviluppano da tutti questi germi vengono ad esercitare sulla mucosa e pareti gastriche e sulla secrezione un'influenza assai nociva. La muscolare paralizza e di per sè vien ad essere causa del ristagno e con ciò l'ulteriore decomposizione degli ingesti. Di più, nel ristagno si hanno anche disordini nell'assorbimento che non solo ritarda l'allontanamento delle sostanze già capaci dell'assorbimento, ma impedisce anche la loro produzione continuata. Inoltre diremo in base agli esperimenti di Schmidt, Mülheim, Cahn ed altri che la funzione peptogena dello stomaco cessa quando la percentuale del peptone ha raggiunto un certo grado, allo stesso modo che cessa la fermentazione alcoolica, quando si è formata una certa quantità di alcool. Siccome i peptoni nè vengono assorbiti nè vengono cacciati nell'intestino a tempo dovuto, così le altre sostanze azotate non possono venir attaccate; e malgrado il prolungato soggiorno degli ingesti nello stomaco noi vi troviamo ancora quantità abbondanti di alimenti non digeriti o digeriti solo a metà.

Il ristagno facilita la produzione di una quantità stragrande di basi organiche, le così dette ptomaine, le quali da una parte si appropriano molto acido cloridrico e perciò possono disturbare vieppiù

la digestione, dall'altra possono essere assorbite e versarsi nel circolo producendo auto-intossicazione.

Questa è la teoria che prevale e che oggi si è fatta strada. I fenomeni che si possono osservare nei gastrectasici a carico del sistema nervoso furono spiegati da taluni per un vizio, primitivamente d'innervazione addominale, provocante poi i disordini della funzione digerente ed in via reflessa dei fenomeni secondari più o meno accentuati; nello stesso modo che l'eccitazione dei nervi intestinali provocata da vermi dà luogo a convulsione nei bambini; in altri, uno stato particolare di neurastenia e di nervosismo sarebbe la causa prima del vizio dell'innervazione gastro-intestinale; ma la migliore, ripeto, sarebbe dovuta all'assorbimento di materiali tossici formatisi dalla decomposizione e fermentazione anormale degli ingesti. E, come dissi, i fenomeni d'auto-intossicazione sono maggiormente sentiti dal sistema nervoso. I gastrectasici sono di carattere sensibilissimo, eccitabili e depressibili per fatti di minima importanza. Il loro carattere è irregolare: ora son di buon umore, dopo son depressi, malinconici, quasi ipocondriaci. In essi si riscontra cefalea, senso di cerchio al capo, senso di torpore intellettuale, stanchezza non proporzionata alle fatiche fatte, insonnia, sogni terrorizzanti, disturbi visivi; e finalmente alcune volte si osservarono manifestazioni cutanee.

Numerosissime sono le forme cliniche riconosciute e descritte, dipendenti dall'auto-intossicazione come l'asma dispeptico, il coma dispeptico, il delirio dispeptico, epilessia (Cristiani), ma i più frequenti ed i più noti sono la vertigine gastrica e la tetania.

La vertigine gastrica, illustrata dal Trousseau, è caratterizzata da senso di vuotezza nella testa e di costrizione cefalica. Bouchard la trovò nel 17 % dei suoi ammalati di gastrectasia.

La tetania si presenta ad accessi e da questo criterio fu distinta da Bouveret e Devic in 3 forme: 1.° Contrattura delle estremità. 2. Tetanismo più o meno generalizzato e somigliante ad un vero accesso di tetano. 3.° Convulsioni toniche e cloniche generalizzate con perdita della coscienza, seguite da un periodo di coma e che assomigliano alle convulsioni di un attacco di epilessia. La tetania dà una percentuale di mortalità enorme, il 70 % dei casi. Finora la letteratura ne ha registrati poco più di una trentina di casi.

Svariatissima ed oltremodo multiforme, come si vede, è la sintomatologia determinata da assorbimento di sostanze tossiche elaborate nello stomaco. A queste ultime forme, or ora esposte, non giungono, come ben si comprende, tutti i pazienti di affezioni gastriche. Generalmente si osserva in essi una denutrizione marcatissima, anemia profonda, assumono cioè un vero aspetto cachettico, diventano incapaci al lavoro e presentano quella coorte di sintomi che son andato enumerando nello svolgimento di questo lavoro, variando essi sintomi a seconda dell'intensità, natura e durata dell'affezione, a seconda della resistenza organica dell'ammalato e delle sue condizioni sociali.

La causa di tutta quanta la fenomenologia descritta è dovuta all' ostacolato deflusso alimentare. *Le pylore est l'ennemi.* Ed è con profonda conoscenza di causa che il chirurgo di Reims così chiama il piloro, perchè è questo solo che vuole il ristagno ed è colle sue conseguenze che conduce spesso alla morte gli infermi. Però ogni nemico riconosciuto si può combattere e vari sono i mezzi di difesa e di offesa che ad esso furono rivolti. Per i mezzi di difesa interviene la medicina che coi suoi farmaci lenisce i dolori e tutt'al più con una manualità, colla lavanda gastrica, toglie i cibi stagnanti e, a seconda dei casi, agisce come disinfettante o medicamentosa. Ma questi sussidi valgono solo quando ci troviamo all'inizio della lesione e certamente allora possono portarci a buoni risultati, come ad esempio quando è il catarro gastrico che mantiene lo spasmo pilorico. Ma nel caso di alterazioni di discreta e di lunga durata, di fenomeni imponenti, di manifesta presenza del nemico, è solo alla chirurgia a cui noi dobbiamo ricorrere. Certo che solo pochi anni fa, quando il chirurgo non possedeva i mezzi di cui oggi dispone, aveva ragione Kefer di chiamar sognatore chi avesse pensato d' intervenire col coltello nelle affezioni di stomaco; e Kussmaul si trovava imbarazzato a rispondere al quesito, se le generazioni future avrebbero tentato di guarire i restringimenti pilori col bisturì. È vero che, anche in questi ultimi tempi, vi fu un medico inglese, Ogston, il quale, impressionato e dalle numerose recidive di stenosi trattate colla divulsione alla Loreta, colla pilorectomia, colla operazione di Heinecke-Mikulicz, e dalle morti per lo estremo deperimento dei malati, pensò di curare le stenosi non maligne meccanicamente col sondaggio del piloro, e per ciò usava boli di gomma indurita, con diametro inferiore alla stenosi ma crescente poi coll' allargarsi del restringimento, i quali venivano spinti dalle contrazioni dello stomaco cogli alimenti attraverso il piloro.

Ma questo metodo di cura se può essere casualmente riescito qualche volta, e si capisce in determinate condizioni di conservata tonicità e di ostio non tanto ristretto, certo ad esso io non vorrei ricorrere nè consiglierei, ma invece, ripeto, alla chirurgia, la quale combatte il nemico o assalendolo direttamente o, facendo una deviazione, lo lascia fuori di campo in modo che non possa più arrecare nocumento alcuno. Tanto nell'uno che nell'altro caso numerosi sono i metodi e numerose le modificazioni ad ogni metodo portato dai chirurghi. Duplay e Reclus parlano di un metodo diretto che comprenderebbe:

1.° La resezione dell'ostacolo (pilorectomia).

2.° L'incisione del medesimo (piloroplastica).

3.° La sua dilatazione (divulsione); e di un metodo indiretto: Senza toccare l'ostacolo (gastroenterostomia).

Tutti questi atti operati, come ben si comprende, non mirano che ad uno scopo; quello di combattere il piloro, ed è coll' autorità

di Carle, Novaro e Durante che noi ripetiamo solo colla soppressione dello sfintere pilorico si pon fine alle dispepsie piu gravi, ribelli a qualunque cura medica e si conduce l'infermo allo stato di benessere. In questo lavoro io non voglio certo fare l'esposizione della tecnica propria di ciascun metodo e delle modificazioni relative, perchè troppo oltre mi porterei dal mio intento.

Dovendo studiare gli esiti funzionali lontani delle operazioni praticate sullo stomaco per stenosi benigne, sarà doveroso che almeno di due, cioè della gastroenterostomia e della piloroplastica, ne accenni le indicazioni dovendo trarre le conclusioni dalle mie osservazioni su operati appunto di tali operazioni. Mi limito, rispetto alla piroplastica, riportare i risultati di Carle « essa trova le sue indicazioni sopratutto nelle stenosi spasmodiche (e nelle stenosi cicatriciali leggere a forma anulare) accompagnate da ipertrofia della tonaca muscolare (iperstenici). Meglio è la piloroplastica perchè conserva normali i rapporti dei visceri e non è seguita da rigurgito di bile ». Secondo Novaro poi va limitata ai casi, in cui la dilatazione dello stomaco non è molto marcata o dove questo stato ectasico, pur permanendo, non può portare gravi disturbi.

Ma l'operazione che risponde a più indicazioni è la gastroenterostomia (1) colla quale non solo la stasi ma anche le forti ectasie gastriche da essa sono vinte. Pueck dice che la gastroenterostomia è un operazione curativa tutte le volte che l'alterazione dello stato generale dipende unicamente dall' insufficente circolo degli alimenti; essa quindi quando è ben praticata non dà mai recidive come si hanno per la piloroplastica (osserv. V) in causa della retrazione della cicatrice formatasi nel punto dell'operazione. Si obiettò che il passaggio degli alimenti nell'intestino, negli operati di gastroenterostomia, è rapido per cui i cibi non subirebbero completamente la digestione gastrica. Ma se questo può avvenire nei primi giorni subito dopo l'operazione, certo più non si manifesta coll'allontanarsi da essa e le osservazioni in proposito, come vedremo, dimostrano che le materie alimentari sono trattenute nello stomaco per un tempo sufficiente. E poi abbiamo le esperienze di Czerny e le osservazioni cliniche di V. Noorden, Ogata, Majall, citati da Giordano, che ci dicono come si possa digerir bene pur essendo la digestione stomacale dal lato chimico quasi annullata. Anzi appunto per facilitare il passaggio del chimo nell'intestino i chirurghi hanno studiato di praticare l' anastomosi nel punto più declive dello stomaco.

Ed ecco come varie modificazioni si fecero alla gastroenterostomia primitiva o anteriore o di Wölfler ed ecco come e perchè Hacker

---

(1) Vedi più innanzi il quadro sintetico delle indicazioni della gastroenterostomia.

ideò la posteriore, metodo seguito, solo per queste ragioni, dalla maggior parte dei chirurghi moderni.

Carle e Fantino nell'ultimo loro accurato e, splendidissimo lavoro sulla chirurgia dello stomaco, pubblicato nel Policlinico, dopo aver discusso accuratamente ed esperimentato su cadaveri vengono alla conclusione che la gastroenterostomia alla Hacker impedisce il ristagno il quale spesso si manifesta nella anteriore per lo sperone che facilmente si forma fra le due anse. A detto inconveniente si devono aggiungere la lunghezza dell' ansa superiore e la frequenza di aderenze omentali.

A questo, essi dicono, dobbiamo ascrivere il $^1/_3$ degli insucessi degli operati alla Wölfler; ciò che del resto combina colla statistica di Haberkant. Buona, dicono i fautori della piloroplastica, la gastroenterostomia: buonissima, è un operazione che dà splendidi risultati, ma è il riflusso di bile nello stomaco che si ha con ogni metodo di gastroenterostomia, eccetto che con quello del Roux o ad Y, è forse cosa da poco? La bile, continuano gli oppositori, è alcalina e per questa sua proprietà chimica viene, come fu dimostrato in vitro, a neutralizzare l' acidità dell' acido cloridrico; quindi la digestione gastrica, anche in stomaco a potere secretorio normale, deve venire intralciata, anzi impedita.

Questa obiezione merita una discussione lunga ed io mi permetto di rispondere in un capitolo più avanti quando parlerò della funzionalità del nuovo piloro.

Raggruppando in quadro sintetico le indicazioni della gastroenterostomia:

1.° La presenza di un ostacolo all' evacuazione regolare dello stomaco, in altre parole le stenosi piloriche benigne da qualsiasi causa sostenute sia anatomica, sia funzionale.

In questo caso la operazione viene ad aprire una nuova via agli alimenti, i quali così non ristagnando più nello stomaco non ne alterano la sua funzionalità motoria nè secretoria.

2.° È operazione di necessità nelle stenosi di natura maligna: in queste, quando le condizioni lo permettono, meglio è ricorrere alla cura radicale colla resezione.

Anche qui agli ammalati vien portato sollievo grande, perchè i sintomi soggettivi dipendenti dal restringimento scompajono, solo resta la neoplasia che continuando il suo fatale andare condurrà il paziente alla morte con un quadro fenomenologico meno imponente e straziante.

3.° È indicata nell' ulcera semplice in via d' evoluzione sia se la cura medica si mostrò insufficente, sia che l' ulcera recidivi, sia che il paziente accusi dolori intensi, lancinanti e presenti dimagrimento e cachessia, sia che nella sede dell'ulcera si cominci a palpare un'intumescenza tutto attorno, premonitrice di futura degenerazione cancerigna; e finalmente, da pochi anni, per le ematemesi copiose e ripetute.

Colla gastroenterostomia cessa il lavoro dello stomaco diminuendo le contrazioni normali gastriche e cessando le patologiche sostenute dallo spasmo pilorico, così l'ulcera non più irritata nè chimicamente nè meccanicamente guarisce e gli ammalati subito ritornano a novella vita.

4.° Coll' esempio del Doyen essa oggi vien praticata nei casi di ipercloridria ribelle al trattamento medico, sia questa sostenuta da un ostacolo meccanico allo svuotamento dello stomaco, come vuole Hayem, sia da uno funzionale come sostengono Debove e Robin.

Col cessare del ristagno, vien meno l' irritazione sulle glandole che così non più iperfunzionano.

5.° In pochi casi fu usata a combattere la gastrectasia primitiva pur apportando immensi vantaggi.

Il suo meccanismo è di facilitare la uscita degli alimenti dallo stomaco nell'intestino, restando il piloro in sede e quindi in posizione troppo elevata per essere vinto dalle contrazioni deboli delle pareti gastriche.

6.° Alcuni ritengono la gastroenterostomia vantaggiosa in tutti i casi di dispepsia o gastriti ribelli; coll'Hartmann la proclamo operazione di scelta nelle dispepsie che si accompagnano a sindrome pilorica.

È necessario ora entrare nella seconda parte del mio tema e vedere tutte le modificazioni ed i vantaggi che si hanno dopo le suddette operazioni in affetti da stenosi benigne.

Le statistiche della mortalità di operati per queste affezioni ci danno cifre di molto inferiori a quelle per stenosi maligna. Quella di Haberkant che è l' ultima e che raggruppa il numero maggiore di operazioni praticate sullo stomaco per lesioni benigne, dà per la gastro-enterostomia una mortalità del 25 e quella del Wölfler del 21 %. Carle nei suoi operati la trova molto diminuita essendo solo del 7.4 % e limitandola all' ultimo biennio, conta 23 operazioni con 23 guarigioni durature. Così per la piloroplastica. Haberkant dà una statistica del 21.5 % di mortalità. Carle invece arriva solo al 7 %.

Tolta questa minima percentuale di mortalità che andrà sempre più diminuendo col perfezionamento della tecnica operatoria e coll'abilità dell'operatore, gli operati di gastro-enterostomia e piloroplastica per stenosi benigna del piloro ritornano alle condizioni di vita normale? Per rispondere a ciò occorre esaminare il paziente dopo l'operazione varie volte e a diversi periodi di distanza. Questo studio presenta non solo un'importanza teoretica ma anche pratica, giacchè lo scopo dell'intervento chirurgico nelle malattie dello stomaco deve essere quello di far ripristinare la funzione normale dell'organo. Quindi non la scomparsa dei sintomi soggettivi, non l'aumento del peso del corpo ci dirà miglioramento della funzione dello stomaco dopo l'ope-

razione, ma bensì l'esame accurato del medesimo ci dirà dello stato suo rispetto alla motilità ed alla secrezione; di più con quest'esame post-operativo avremo un criterio importante per la cura ulteriore dei malati. La letteratura conta pochi contributi di analisi della funzionalità gastrica dopo le suddette operazioni per stenosi benigna. Il Maraut (Thése de Lion) ha praticato questo studio in casi di stenosi cancerose ed ultimamente Hartmann e Soupault su entrambi gli argomenti (Revue de Chirurgie, N.° 23-1899).

Dunin esaminò la funzione dello stomaco in 3 individui operati di gastro-enterostomia per stenosi cicatriziale del piloro. Prima dell'operazione lo stomaco scendeva sotto l'ombelico per varie dita trasverse in tutti e tre, conteneva sempre liquido iperacido dovuto all'acido cloridrico ed agli acidi di fermentazione; i dolori erano costanti. Dopo un certo tempo dall'operazione i sintomi soggettivi erano scomparsi, gli ammalati erano aumentati in peso, lo stomaco aveva prese le dimensioni normali; la sua motilità alquanto migliorata ma non ritornata perfettamente normale; l'arresto completo della secrezione negli intervalli della digestione non l'ebbe mai ad osservare, l'acidità totale era alquanto diminuita, il nuovo piloro era sufficiente al suo lavoro.

Mintz e Grunzach trovarono in un operato di gastro-enterostomia la funzione motrice dello stomaco completamente ristabilita: prima dell'operazione il limite inferiore arrivava 3 dita trasverse sotto l'ombelico e conteneva sempre liquido con residui alimentari. 9 mesi dopo l'operazione la gran curva era situata a 3 dita trasverse al disopra dell'ombellico e lo stomaco a digiuno conteneva un liquido a reazione alcalina senza residui alimentari e dopo 2 ore dal pasto di prova lo stomaco era completamente vuoto. Conclude che in questo caso la motilità dell'organo doveva considerarsi come normale,

Mintz in un altro trovò prima dell'operazione il limite inferiore dello stomaco a qualche dito trasverso sotto l'ombellico con marcata ritensione. Dopo l'operazione migliorò nella motilità dello stomaco che 10 giorni dopo l'operazione si trovava vuoto a digiuno; ma la funzione meccanica non era perfettamente tornata normale, nemmeno 3 mesi dopo l'operazione, perchè il leggero ritardo allo svuotamento del contenuto stomacale dimostrava un affievolimento della motilità.

(*Continua*).

CONTRIBUTO
alla chirurgia del sistema nervoso centrale
E DEL GANGLIO DI GASSER

PEL

Dott. GUIDO BENDANDI

Chirurgo primario allo Spedale maggiore di Bologna

La chirurgia cerebrale non va considerata in senso generale, perchè allora le deduzioni che si potrebbero trarre dalle Statistiche non sarebbero esatte; ma va considerata in relazione ad ogni gruppo di lesioni cerebrali, per le quali si richiede la craniectomia.

E difatti chi paragonasse gli esiti che si sono ottenuti con la trapanazione nei casi di epilessia generale non traumatica, nei casi cioè di epilessia essenziale, coi successi ottenuti con lo stesso metodo di cura nella epilessia jacksoniana traumatica o no, ed anche con la stessa epilessia traumatica generale, vedrebbe subito la grande differenza, a dimostrare la quale trascrivo qui la statistica riportata da Matthiolius della clinica di Braun in Göttingen, statistica apparsa nella Riforma Medica Vol. 3.° N. 8 del 10 Luglio 1899.

	Operato	Guariti	Migliorati	Insuccessi	Morti
Epilessia essenziale	23	8,7 %	17,4 %	60,8 %	13 %
Jacksoniana non traumatica .	89	13,5 %	11,2 %	47,2 %	28,1 %
Jacksoniana traumatica . . .	169	23 %	17,8 %	53,9 %	5,3 %
Traumatica generale	52	19,2 %	21,1 %	53,9 %	5,8 %

Ed è naturale che la cura chirurgica dia buon esito nelle forme traumatiche localizzate o no, e nelle forme jacksoniane non traumatiche, perchè la craniectomia scopre molte volte il punto leso sul quale si può agire. Ma non può essere così nella epilessia essenziale che più non deve considerarsi come malattia autonoma, ma come sindrome

che può apparire nel corso, o sotto l'influenza di stati patologici svariatissimi.

È logico dunque che una operazione non potrà dare che esiti parzialissimi, quando essa, qualunque sia, venga applicata in una sindrome dipendente dai più diversi e svariati processi patologici.

E questo per l'epilessia in genere.

Riguardo poi ai tumori cerebrali, quantunque essi formino un capitolo direi quasi malinconico in terapeutica, pure non si può non riconoscere che in qualunque caso di neoformazione o delle meningi o dell'osso, o del cervello, se corticale o sub-corticale, quando sia bene diagnosticata, la cura chirurgica è la sola dalla quale si possa sperare in questi casi qualche esito fortunato.

Qualunque tumore del cervello, di qualsiasi natura, è sempre maligno se è lasciato a se, per le conseguenze di pressione sul contenuto della cavità cranica. È dunque tutta questione di diagnosticare la sede e l' accessibilità, il caso insomma al quale si possa bene applicare la cura operativa, ben sapendo che i tumori cerebrali, del talamo ottico, del corpo striato, del ponte ecc. non sono operabili.

I tumori del cervelletto sottostanno alla stessa regola, operabilissimi cioè se sono corticali.

Intorno poi alle altre lesioni traumatiche, otitiche con esito in suppurazione, non evvi discussione sulla cura che deve essere esclusivamente chirurgica. Come tale deve essere in tutti i casi di dubbia diagnosi, nei quali casi la craniotomia esploratrice può essere giovevolissima, e come atto operatorio in sè per diminuire la pressione endocranica aumentata, e come primo tempo di tutte quelle operazioni che possono seguire alla craniotomia stessa.

Ed ora espongo i diversi casi che ho curati, dividendoli a seconda della categoria alla quale appartengono.

Epilessia Essenziale.

1.° *Caso* (1) O. M — De Franceschi Pietro d'anni 36 fornaio.

È epilettico fino dai 18 anni (2). Verso la fine dell'agosto 1888 dopo l'accesso rimase emiparesi destra che non è più scomparsa quantunque gli accessi si presentassero anche ad ogni 8 giorni.

Nel novembre cominciò a presentarsi uno spasma tonico dei flessori dell'arto superiore di destra, specialmente dei flessori della mano, spasma che si ripeteva più volte al giorno, e che durava 8-10 minuti.

---

(1) I casi segnati con O. M., furono da me operati allo Spedale Maggiore; quelli con O. R. allo Spedale del Ricovero.

(2) Di questo caso fu pubblicata la storia dai Dott. Enrico Boschi e G. Bendandi nel Bollettino delle Scienze Mediche — Bologna Marzo 188?, — e ne fu fatta dal Dott. Bendandi una Comunicazione alla S.ª adunanza della Società italiana di chirurgia tenutasi in Bologna nell'Aprile 1889. Qui non ne faccio che un breve riassunto.

Era accompagnato da un senso molesto di stiramento alla faccia, per cui l'angolo della bocca talvolta era stirato in fuori, e passato questo spasma restava paresi del ramo inferiore del faciale destro.

L'accesso epilettico era caratteristico. Non si poteva quindi pensare a forme isteriche mancandone il quadro clinico; e poi l'emiparesi destra era completa nel senso che comprendeva oltre agli arti il ramo inferiore del faciale di destra (Gowers).

Pensando quindi alla lesione del faciale, lesione che deve trovarsi nel tragitto delle fibre motrici dalla zona Rolandica fino all'incrociamento nel ponte, allo spasma tonico accessuale che si presentava nel territorio dell'arto superiore destro, e del ramo inferiore del faciale, alla emiparesi destra, e ben sapendo il massimo valore che per la diagnosi dei focolai corticali hanno certe forme di irritamento motorio (Nothnagel) non si poteva fare a meno dal porre la sede encefalica di questi disturbi se non nella zona Rolandica di sinistra.

E lesione doveva esservi anche pel fatto che quando in seguito di un attacco epilettico rimane una paralisi permanente che non può essere considerata come equivalente di natura motoria esiste sempre qualche grossolana e materiale alterazione anatomica (Hughlingh, Iackson, Bourneville).

E così posta la diagnosi di lesione anatomica corticale in corrispondenza della zona Rolandica di sinistra, si spiega la straordinaria frequenza degli accessi convulsivi; sopraggiunta una causa nuova d'irritazione in quell'individuo epilettico è evidente che doveva aumentare l'alterazione epilettica del suo cervello.

Quale poteva essere la lesione?

Considerando bene la eziologia e la sintomatologia di molte malattie cerebrali, ipotesi alquanto probabile poteva essere quella di tumore, ma nel senso anatomico grossolano, non includendovi alcun concetto patogenetico.

L'esame oftalmoscopico è negativo, negativo l'esame delle urine, e negativo l'esame di tutti gli altri apparati. Normali i riflessi.

La sensibilità tattile meno squisita a destra, e così pure la motilità massime alla mano destra.

Convenuti in questa diagnosi di tumore alla zona Rolandica, non restava che la cura chirurgica che praticai il 20 Gennaio 1889.

Con le regole che prescrive il Tillaux disegnai sulla cute del cranio la scissura di Rolando che scopersi quasi completamente col trapano e con lo scalpello.

All'incisione della dura, una abbondante quantità di liquido cefalorachidiano scolò dal taglio, il cervello apparve ben pulsante, poco manifesti i solchi fra le circonvoluzioni, e così pure la scissura di Rolando, mentre alla palpazione si avvertiva una insolita mollezza ed umidità delle circonvoluzioni cerebrali.

Nel momento pensando all'età del malato, allo stato normale delle sue arterie e all'essere incolume di sifilide, credei che il rammollimento notato potesse essere secondario a tumore subcorticale.

Incisi la circonvoluzione frontale ascendente per la profondità di quasi 4 cm: e per altrettanto di lunghezza, esplorai col dito, ma nulla avvertii.

Detta incisione non poteva recar danno di sorta al malato perchè fatta parallelamente alle fibre di moto, non ledente cioè che fibre di associazione, quindi nessuna paralisi ne doveva avvenire; difatti così fu.

Passai allora alla sutura della dura madre e della cute, drenando con uno stuello di tela gomma.

Il risultato dell'operazione fu splendido, le convulsioni e lo spasma dell'arto superiore destro non si sono più presentati, l'emiparesi destra è restata immutata nei primi giorni dopo l'operazione, ma poscia è andata crescendo notevolmente tanto da rendere difficili anche i movimenti più grossolani.

Ciò dimostra che con l'incisione era caduta precisamente sul centro dell'arto superiore destro. Ma anche questo disturbo scomparve, la paresi tornò a diminuire in modo rapido, tanto che, dopo pochi giorni, tutti i movimenti anche i più delicati delle dita della mano destra erano tornati possibili.

Ed ora, di questo caso così interessante, come si spiega il giovamento portato dalla trapanazione, e quale era lo stato di quel cervello messo allo scoperto?

Dall'esame di questo, come appariva dopo la sua scopertura, risultano incontrastati due fatti: la produzione di soverchio liquido cefalo rachidiano ed uno stato notevole di mollezza ed umidore della parte esaminata. Tale stato fu considerato quale espressione di focolaio di rammollimento da tumore subcorticale, ipotesi non confermata al taglio d'esplorazione.

Ed allora non regge altra ipotesi che la supposizione di edema limitato a quelle parti, edema che non poteva essere generale perchè ne mancavano i sintomi e le condizioni necessarie per produrlo.

Difatti in quei centri malati contro tutte le supposizioni fatte bisogna ammettere semplicemente disturbi funzionali con facilità cangiabili, perchè altrimenti non si potrebbe spiegare la scomparsa subitanea dei fenomeni di eccitamento e quella graduale dei fenomeni di depressione. Allora riesce chiaro ricostruire tutto lo svolgersi dei fatti come realmente è avvenuto.

Certamente negli accesssi convulsivi, la parte del corpo più colpita era la destra come risulta dalla descrizione degli accessi, cioè nell'emisfero sinistro le lesioni di scarica erano più intense che nel destro. Così allo stato di eccitamento più forte teneva dietro uno stato di esaurimento e di disequilibrio molecolare, nella zona sinistra più notevole che nella destra; e ciò spiega la produzione della paresi post-convulsiva, la quale presentava di speciale che non riesciva a dileguarsi nell'intervallo abbastanza lungo che separava due accessi.

Sopravvenendo nuove convulsioni la paresi continuava, e diventava quasi abituale il disequilibrio molecolare, ed allora può darsi benissimo che in questa zona così alterata vi fosse edema.

Il taglio poi delle meningi e del cervello deve aver determinato in quella regione uno stato irritativo che deve aver modificato lo stato chimico e molecolare di quegli elementi nervosi.

Questo mutamento ha avuto per primo effetto la sospensione degli accessi convulsivi. In seguito per il processo d'infiammazione riparatorio che si è sviluppato in questa zona, si è certo accumulata là una copia notevole di essudato e questo già meccanicamente deve avere contribuito

ad aumentare l'indebolimento muscolare preesistente, ma una volta che questi essudati si sono assorbiti, una volta che sono cessati gli accessi convulsivi che erano causa della paresi anche il disturbo molecolare della zona esaminata ha potuto scomparire e così è cessata la paralisi. Ecco come ha giovato la trapanazione, la quale avendo arrecato per parecchio tempo la sospensione degli accessi convulsivi doveva concorrere a rendere più normale lo stato di quegli elementi nervosi, resi così più resistenti contro tutto ciò che tendeva ad alterare il loro equilibrio molecolare normale.

Da ciò la grande probabilità che la guarigione non fosse temporaria, ma stabilissima.

Ma così non fu perchè il De Franceschi 8 mesi dopo ridiventava epilettico come prima. In seguito tali eccessi si sono fatti più rari, ed ora appariscono soltanto rarissime volte lasciando anche intervalli di parecchi mesi.

Durante il tempo in cui si manteneva costante la guarigione del De Franceschi, altri due malati di epilessia essenziale si trovavano in Ospedale. In essi ogni causa di trauma si poteva escludere. Stanchi di questa loro grave affezione ribelle ad ogni cura medica, continuamente chiedevano di essere operati di trapanazione.

Ed io che della immunità di quest'atto operatorio era convinto, non esitai di operarli.

2.° *Caso.* O. R. — Benassi Luigi d'anni 29.

Ebbe convulsioni all'età di 9 mesi, come già raccontò una zia, convulsioni gravi da metterlo in pericolo di vita. Dopo stette bene sino a 15 anni, ma da quest'epoca sino ai 20 anni, ebbe fissazioni e disturbi che si possono considerare come equivalenti epilettici.

Dai 20 anni in poi divenne veramente epilettico con gli accessi caratteristici che si ripetevano spesso in un modo molto grave.

Esame obiettivo generale e del *sistema nervoso, negativo.*

Il 5 Maggio 1889 mediante due corone di trapano, e lo scalpello scopro da ambedue i lati le zone motrici. Meningi e cervello normali e così pure quantitativamente il liquido cefalo-rachidiano. Drenaggio sutura e medicatura.

Tre giorni dopo tolgo il drenaggio, e in ottava giornata si ha perfetta guarigione di prima.

Risultato terapeutico. Nei primi mesi le convulsioni sono rarissime e leggiere; riprendono poscia il loro primitivo andamento, e il Benassi muore di epilessia il 13 Dicembre 1896.

Alla necroscopia l'osso della vòlta cranica è quasi riprodotto, solo in qualche punto molto circoscritto della craniotomia, è sostituito da un denso tessuto connettivo aderente in parte alla sottostante meninge. Nulla a carico del sistema nervoso centrale, nè degli organi del torace e addominali.

Caso 3.° O R. — Venturi Luigi d'anni 50.

Ebbe il primo accesso epilettico a 22 anni quand'era militare. Dopo fu saltatore di cavalli in un circo equestre per 5 anni. Ma ripetendosi gli accessi epilettici, sempre in forma gravissima ritornò a Bologna e finalmente all'Ospedale del R. Ricovero, dove fu notata la gravità degli accessi epilettici, ai quali andava soggetto. Esame obiettivo negativo.

Il 25 Maggio 1889 eseguisco la trapanazione come nel caso prece-

dente, e noto l'enorme grossezza della calotta cranica; i dischi ossei erano grossi più di 1 cm.; e aperte le meningi l'enorme tendenza del cervello a fare ernia.

Si fa diagnosi di epilessia da compressione totale del cervello per iperostosi della calotta cranica.

L'atto operatorio guarisce di prima, e per circa 4 mesi le convulsioni non si ripetono. Ma dopo gli accessi ritornano con la stessa intensità e con la stessa frequenza. Propongo al Venturi una vasta craniectomia bilaterale allo scopo di diminuire la compressione cerebrale; e tale atto operatorio sarebbe stato accettato se io avessi garantito assolutamente la guarigione dell'epilessia.

Il 29 Febbraio 1896 il Venturi muore comatoso con segni di edema polmonare acuto dopo un grave accesso di epilessia.

Alla necroscopia si trova iperostasi della vôlta, ed in modo più leggero della base cranica, meningi normali, circonvoluzioni cerebrali poco manifeste, nulla al cervello. Le brecce della craniectomia sono ricolme di tessuto osseo nei dintorni; di connettivo durissimo nel centro.

Intanto che il Benassi e il Venturi erano ridiventati epilettici, il De Franceschi si manteneva sempre guarito. Ma il Benassi ed il Venturi erano epilettici da molti anni, avevano, direi quasi, il cervello abituato all'epilessia. Per questo fatto io desiderava sperimentare la trapanazione in un soggetto che fosse da poco tempo epilettico, e il seguente caso mi sembrò bene adatto a tal genere di cura.

Caso 4.° O. R. — Ballanti Ernesto, d'anni 10.

Gli accessi epilettici datavano di circa due anni più intensi da principio, meno intensi dopo perchè soggetto a cura di bromuro. L' accesso s'inizia alla mano destra, si diffonde poscia a tutto l'arto, indi gamba e coscia destra, per diventare generale e caratteristico.

Passato l'accesso, resta emiparesi destra che si dilegua presto. Nulla al faciale. L' accesso può ripetersi solo ad ogni 4 o 5 giorni, ma anche tre o quattro volte al giorno.

L'esame obiettivo è negativo.

Solo la forza dell' arto superiore destro è inferiore a quella del sinistro.

Il 12 Novembre 1889 eseguisco solo a sinistra la scopertura della zona Rolandica col solito sistema. Nulla di speciale nè all'osso, nè alla meninge, nè al cervello. Guarigione per prima.

Nei primi mesi il Ballanti migliorò moltissimo, qualche raro e leggiero accesso, ma poscia gli accessi riprendono il loro andamento fino al 9 Maggio 1897, epoca in cui muore dopo un accesso grave con segni di paralisi cardiaca.

Alla necroscopia si trova la craniotomia riparata con denso tessuto connettivo; nulla alle meningi, forte stasi delle vene aracnoidee, leggero edema cerebrale. Null'altro in tutto il resto.

Epilessia Iacksoniana non traumatica.

Caso 1.° O R. — Frascaroli Giuseppe d'anni 68.

Entra in Ospedale il 4 Febbraio 1896. Discreto bevitore, non sifilitico, asserisce che 14 mesi prima fu colto da emorragia cerebrale.

Al suo ingresso in Ospedale all'esame obbiettivo si trova che è emiparetico a destra, non disturbi di parola, nè dei nervi faciali. Leggiero grado di arterio-sclerosi, nessun vizio valvolare cardiaco, solo il secondo tono all'aorta è manifestamente metallico. Null'altro si trova all'esame obiettivo.

Nel Giugno 1896 il Frascaroli presentò segni di epilessia Iacksoniana. L'accesso incominciava dal faciale destro, e si diffondeva al braccio e all'arto inferiore di destra. Tali eccessi passeggeri si ripetevano spesse volte al giorno, e qualche rara volta con perdita di coscienza.

Passato l'accesso non restavano disturbi nè del faciale, nè della parola, solo l'emiparesi destra era più manifesta. Polso e respiro sempre regolari. La temperatura di sera raggiungeva il 38^0 ed anche il 38,^{5}.

In questo caso se era facile localizzare la lesione nella metà superiore della zona Rolandica di sinistra, difficilissimo riuscire a stabilirne la natura.

Certo che si era tratti subito a pensare a disturbi nel dominio della silviana di destra o della cerebrale anteriore in quest'uomo già emiplegico, e precisamente a lesioni secondarie a trombosi o ad embolismo o ad emorragie circoscritte di qualche ramo di queste arterie.

Ma la diagnosi differenziale di queste lesioni era molto difficile. Solo si poteva con qualche fondamento di verosimiglianza pensare che per una nuova emorragia era mancato l'ictus, e così pure per l'embolismo; ma anche questo argomento è vero sino ad un certo punto.

Le convulsioni emiplegiche che si possono avere nei casi di embolismo o trombosi o anche di emorragia corticale o subcorticale potevano essere valido argomento in favore di tal genere di lesioni che ha per ultima fase il rammollimento cerebrale. Ma le convulsioni parziali che si hanno all'inizio dell'embolismo o della trombosi, non hanno mai un decorso così lungo come nel caso attuale dove le convulsioni datavano da più di un mese, e un focolaio di rammollimento anche nella zona Rolandica, non dà convulsioni jacksoniane se cause nuove di irritazione non avvengono in esso. Che se piuttosto rammollimento vi era, tale sindrome avrebbe potuto manifestarsi per le sue conseguenze, fra le quali probabile una encefalite circoscritta per infezione locale, e forse anche un accesso cerebrale, diagnosi sempre molto difficile; per la quale stava però in favore l'alta temperatura serotina, che poteva però anche accennare a pachimeningite circoscritta.

Per un neoplasma di questa regione mancavano tutti i segni all'infuori della convulsione jacksoniana.

Quale è dunque la natura della lesione che irrita la metà superiore della zona Rolandica? Forse la cicatrice dell'antica emorragia, se emorragia vi fu realmente, e fu corticale?

Dinanzi all'impossibilità di unificare una diagnosi potendosi anche trattare di una di quelle lesioni, per le quali torna giovevole la cura chirurgica passai alla craniectomia d'esplorazione.

Il 2 Luglio 1896 eseguì sulla zona Rolandica di sinistra un vasto lembo alla Wagner parte con la tanaglia Montenovesi, parte con quella di Dahlgren e parte con sgorbia e scalpello.

In un movimento un poco brusco di chi asciugava, la pelle si distaccò in parte dall'osso: allora l'inchiodai per tutto il lembo.

Aperta la dura meninge opaca nella sua faccia interna, trovai forte iniezione delle vene aracnoidee ed essudati fibrinosi biancastri su tutta la zona Rolandica, nel suo solco, e in quelli fra le altre circonvoluzioni scoperte. Tutto bene asciugato e drenato riposi in posto il lembo, indi sutura e medicatura. Il Frascaroli moriva per lento esaurimento il 7 luglio.

Alla necroscopia, la meningite è circoscritta solo alla zona Rolandica, e null'altro si trova alla diligente sezione del cervello all'infuori di un focolaio di rammollimento giallastro sottorolandico, e precisamente nella parte superiore di detta zona. La Silviana nel suo tronco principale non è trombotica.

Ora dalla necroscopia risultano fatti che possono in certo qual modo dare una interpretazione alla sindrome presentata in vita dal Frascaroli.

Il focolaio di rammollimento subcorticale trovato alla necroscopia corrispondeva alla porzione superiore della zona Rolandica, al centro cioè dell'arto superiore ed inferiore destro. Più che una trombosi degli ultimi rami della Silviana o della cerebrale anteriore, per la profondità in cui detto rammollimento si trovava doveva esso dipendere da necrobiosi senile di quel terreno neutro compreso fra il limite della circolazione, corticale, e quello della circolazione dei nuclei centrali.

In questo rammollimento lacunare più che una encefalite circoscritta si era prodotta una pachi e leptomeningite da causa irritante e producente le convulsioni jcksoniane.

Del primo focolaio poi, o trombotico o emorragico, nessuna traccia macroscopica di cicatrice dal sottostante rammollimento in giù nè alla capsula interna, nè al peduncolo, nè al ponte.

Epilessia Iaksoniana traumatica.

Caso 1.° O. M. — Vai Angelo d'anni 40.

Nel Giugno 1888 ebbe tre colpi di scure al capo, due di poca importanza alla regione frontale, ed uno in corrispondenza della bozza parietale sinistra. Trasportato allo spedale della sua città natale, in condizioni gravissime, pochi giorni dopo fu operato e gli furono asportate le scheggie d'osso che comprimevano la sottoposta sostanza cerebrale. Guarì in un mese, ed abbandonò l'ospedale, presentando di quando in quando movimenti abnormi dell'arto superiore destro. Nel Settembre riprende il suo servizio di frenatore nelle ferrovie. Però quando disordinava nel bere, o restava esposto al sole presentava sempre qualche movimento clonico all'arto superiore destro. Quattro anni or sono ebbe il primo accesso convulsivo con perdita di coscenza. L'accesso incominciò con abnormi contratture al viso, indi agli arti superiori, poscia agli inferiori, e così questi accessi si sono andati sempre ripetendo fino al suo ingresso allo Spedale Maggiore che fu il 21 Agosto 1894.

In Ospedale gli accessi convulsivi alle volte si limitavano alla faccia, massime alla parte destra, e si diffondevano all'arto superiore destro, altre volte gravissimi con perdita di coscienza incominciavano sempre a destra e si diffondevano a tutto il corpo.

All'esame obiettivo si riscontrano due cicatrici da taglio alla bozza frontale sinistra, e una depressione della calotta cranica in corrispon-

denza della bozza parietale sinistra, nel cui centro evvi una cicatrice di forma raggiata. In tutto il resto l'esame obiettivo è negativo.

Il giorno 6 Novembre 1894 mediante vasto lembo pratico la craniectomia nel punto più depresso del parietale sinistro, asporto una dura cicatrice della meninge, e le briglie che uniscono questa cicatrice alla zona Rolandica. In questa manovra si apre una discreta raccolta sierosa posta precisamente nel solco rolandico fra parietale e frontale ascendente in corrispondenza del centro degli arti.

Drenaggio e sutura, guarigione di prima.

Gli accessi di epilessia parziali e generali cessarono subito: il Vai potè riprendere il suo impiego che conserva tutt'ora e la guarigione si mantiene sempre perfettissima.

Caso 2.° O. M. — Grassi Giuseppe, d'anni 48, di Meldola, domiciliato a Forlì, entra all'Ospedale Maggiore il 7 Settembre 1897.

Venti mesi prima aveva ricevuto tre colpi di scure, uno posteriormente al bregma, uno all'apofisi mastoide destra; ed un terzo al collo. Caduto a terra tramortito fu portato allo Spedale dove per tre giorni fu incosciente.

Riavutosi, si accorse di non poter piegare la gamba destra, e di aver perduta la sensibilità dell'arto superiore ed inferiore dello stesso lato. Nella gamba però avvertiva un senso di formicolio. E così stette per ben tre mesi in Ospedale sottoposto sempre a cure, ma con poco vantaggio. Otto mesi dopo s'accorse che quando stava per addormentarsi l'arto inferiore destro era preso come da contratture tonico-cloniche di carattere epilettoide che duravano e si ripetevano per qualche tempo. Ora a stazione eretta non accusa alcun disturbo, nè presenta alcun sintoma degno di nota, però se in tale stazione flette la gamba destra, allora questa presenta movimenti tonici-clonici che si trasmettono a tutto il corpo. Nella deambulazione l'arto inferiore destro striscia per terra.

All'esame obiettivo notasi una depressione cranica della grandezza di una moneta da dieci centesimi sulla regione parietale superiore sinistra, depressione abbastanza profonda sulla quale evvi una cicatrice. Prese le dovute misure alla Tillaux detta depressione corrisponde un poco al davanti del centro dell'arto inferiore destro.

L'esame oftalmoscopico è negativo. La lingua è leggermente deviata a sinistra. L'arto inferiore destro è leggermente paretico, la gamba più sottile di $^1/_2$ cm. della sinistra (misura presa a 10 cm. dal margine inferiore della rotula). Il reflesso rotuleo pronto a sinistra è esagerato a destra.

La sensibilità dolorifica, tattile e barica è eguale, la calorifica è diminuita al dorso e alla pianta dei piedi. Con le misure dinamometriche si nota che la forza a destra è un po' minore, ma di poco che a sinistra.

L'11 Settembre 1897 eseguisco la craniectomia in corrispondenza della zona di depressione asportando parte del parietale sinistro, del destro, e scoprendo per circa 10 cm. il seno falciforme superiore. Aperta la dura, a sinistra asporto una scheggia d'osso impiantata nella sostanza cerebrale ed una grossa briglia di tessuto cicatrizio, situato fra la dura e le sottoposte circonvoluzioni.

Guarigione di prima.

Un mese dopo il Grassi abbandona l'Ospedale, la paresi dell'arto inferiore destro è scomparsa, e così pure le contratture tonico-cloniche, e la deambulazione è ridiventata normale.

Epilessia traumatica generale.

Caso 1.° O. M. — C. L. d'anni 28, di Bologna, nell'agosto 1881 cadde da un biroccino. Nella caduta riportava un calcio dal cavallo imbizzarrito nella bozza frontale sinistra. Per tale trauma la bozza ne era fratturata e ferita in modo tale che da essa ne usciva la sostanza cerebrale. Comatoso nei primi giorni, con qualche leggera convulsione generale, fu portato all'Ospedale clinico, da dove esciva quasi guarito qualche mese dopo con leggerissima paralisi degli arti a destra, e del faciale, e ptosi a sinistra.

Nel Novembre 1884 ha il primo accesso gravissimo di epilessia. Indi gli accessi si ripetono senza regola ad ogni 4, 10, 20 giorni ed anche più volte nella stessa giornata. Nell'Ottobre 1889 entra allo Spedale Maggiore.

All' esame obiettivo si nota che l' osso frontale a sinistra in corrispondenza della parete che dovrebbe essere occupata dalla bozza frontale presenta una depressione non superficiale, piana irregolarmente e rotonda. Essa ha un diametro di circa 6 cm. e il suo piano offre una direzione obliqua dall'alto al basso, dall'interno all'esterno e dall' indietro all'avanti. Poco al di sotto del mezzo di questa depressione si osserva una cicatrice lineare e depressa, alquanto curva con la concavità in alto lunga presso a poco due cm. Immediatamente al di sotto ed all'esterno di questa cicatrice esiste una rilevatezza rotondeggiante dell'osso determinata da parecchie protuberanze mammellonari piccole e tra di loro riunite, le quali si succedono in una linea retta che partendo dalla metà esterna dell' arcata sopraorbitaria si prolunga obliquamente in alto ed all' indietro per circa 10 cm.

Null'altro di anormale nello scheletro.

Le diverse sensibilità sono normali, e così i sensi specifici e normali sono i riflessi.

Esiste ptosi a sinistra, ed emiparesi a destra totale.

Non disturbi di parola, soltanto perdita quasi completa della memoria. Nel resto l'esame obiettivo è negativo.

Il 21 Ottobre 1889 eseguisco la craniectomia sulla depressione frontale di sinistra, parte col trapano e parte con lo scalpello. La parte asportata ha una forma romboidale di 4 cm. per lato. In qualche punto i frammenti della bozza erano guariti con sovrapposizione esercitando così una enorme compressione sul cervello sottoposto, di cui una parte era già fuoriescito al momento della lesione. La dura meninge era aderentissima alla faccia interna dell'osso asportato, e una raccolta cistica, sierosa, esisteva sotto la stessa meninge comprimendo anch'essa il sottoposto cervello, e rappresentante sicuramente gli avanzi di un ematoma sottodurale. Il sottostante cervello era liscio, senza nessuna traccia dei solchi fra le circonvoluzioni, di consistenza quasi normale senza presentare segni evidenti di cicatrici.

Drenaggio e sutura. Guarigione di prima.

Le convulsioni per qualche tempo non si ripetono, indi ritornano ma in modo leggiero e più raro.

Col tempo la loro intensità e frequenza diminuisce ancora. In questi ultimi anni sono rarissime e permettono bene al signor C. L. di attendere ai suoi lavori di campagna.

TUBERCOLI SOLITARI DEL CERVELLO.

Caso 1.° O. R. — Fabbri Annita, d'anni 8, entra in Ospedale nell'Ottobre 1890 coi primi segni dell'idrocefalia e del rachitismo.

Nei primi mesi l'idrocefalia è stazionaria, ma nel Maggio e nel Giugno 1892 aumentò in modo rapidissimo. Contemporaneamente la bambina manifesta segni di amaurosi, la quale in poco tempo diventa completa, e accusa fortissimi dolori al capo. L'intelligenza si conserva perfettissima.

All'esame obiettivo si riscontra enorme idrocefalia, pupille dilatate, e all'infuori dei nervi ottici, nessun altro nervo della base presenta segni di lesione. Gli arti sono tutti paretici e non presentano segni di contrattura spastica.

Il fatto della rapida amaurosi, e del rapido aumento della idrocefalia, mi fanno sospettare o la presenza di un tumore a decorso rapido, o di un tumore comprimente qualche seno importante. Una neoplasia del cervelletto non poteva escluderla, perchè in questo caso non poteva verificarne l'andatura atassica caratteristica. Mi era impossibile poter fare una diagnosi di localizzazione, per cui solo una cura sintomatica in questo caso si imponeva.

Il 29 Giugno 1891 eseguisco la paracentesi del ventricolo laterale sinistro mediante trapanazione praticata al di fuori e posteriormente alla parietale ascendente. Estraggo gr. 100 di liquido limpidissimo, e con la guida di un lungo specillo, pongo un sottile drenaggio.

La temperatura che dopo l'atto operatorio era di $37,^4$ sale alle 2 pom. a $39,^6$, tocca alle 4 il 41^0, ridiscende alle 6 a $39,^8$, e alle 9 a 38^0.

Alle ore 10 la malata è colta da grave accesso epilettico generale che si ripete a mezzanotte.

Allora tolgo il drenaggio. La mattina seguente la piccola Annita è comatosa, e muore alle 10 ant.

Alla necroscopia trovo che il drenaggio rasentava il margine esterno della parietale ascendente e forse fu la causa dei due accessi epilettici. Eseguendo prima dell'atto operatorio la topografia cranica col processo di Tillaux, io avevo trapanato molto posteriormente alla parietale ascendente, ma nel caso attuale l'enorme pressione excentrica dei ventricoli aveva forse spostato la corteccia cerebrale non in rapporto colla calotta cranica, e per questo il drenaggio cadde rasente alla parietale .stessa

La dura era normale, le vene aracnoidee turgidissime, il cervello molle ed edematoso. Due grossi tubercoli uno a destra, a sinistra l'altro, erano posti al lato più esterno ed inferiore della temporale 3.ª aderentissimi a questa ed alle meningi della base e comprimenti i seni trasversi nel punto in cui questi da trasversi diventano discendenti. Le condizioni di sede, di sviluppo e di pressione erano identiche in ambedue i lati, ed è tutto questo che costituisce la eccezionale rarità del caso.

PER NEOPLASMA DEL CERVELLO.

Caso 1.° — A. D. in S. d'anni 32 di Castenaso.

Di statura alta e di costituzione robusta non era mai stata malata se si eccettua una endometrite fungosa per la quale fu operata di raschiamento endouterino. Prima di questo fatto aveva partorito 4 volte felicemente.

I primi segni della attuale malattia datano da circa un anno, e consistono in forti dolori di capo, remittenti qualche volta, sempre però intensissimi, leggero senso di vertigine e di paresi al braccio destro che però scompare, e manifesti segni di afasia transitoria. In questo momento l'esame obiettivo dei diversi sistemi è negativo, solo notasi tremolio della lingua, quando sporge.

Consultato, in queste condizioni, il Prof. Murri, egli sospetta un tumore cerebrale, e fa praticare l'esame oftalmoscopico che svela segni appena incipienti di papillite. L'esame cranico è negativo.

Una forte cura di joduro di potassio e di punture e frizioni mercuriali si pratica alla malata, la quale ha realmente un arresto di tutti i sintomi, arresto che dura ben poco, giacchè tutto riprende il primitivo decorso con l'aggiunta di una grave e progressiva amaurosi.

Ma la diagnosi di localizzazione per la pochezza dei sintomi non potendosi fare si ricorre ai Raggi Röntgen, ma con esito negativo.

Il Prof. Murri vede ed esamina la malata diverse volte, e il 9 Aprile '98 mi scrive la seguente lettera.

Caro Bendandi,

« Mi pare inutile di ritentare la radiografia, poichè ha dato così sconfortante risultato. Ed io, per contro, non so dire che questo: un tumore c'è ed è nell'emisfero sinistro: *probabilmente* non è corticale perchè mancarono sempre fenomeni irritativi; *probabilmente* non è nel lobo occipitale perchè non c'è emianopsia; *probabilmente* non è alla base perchè non ci fu lesione periferica dei nervi cranici: *probabilmente* non è nel lobo parietale perchè non vi furono disordini della visione, cecità verbale e ptosi, ecc.: *probabilmente* non è nel lobo temporale perchè non ci furono lesioni dell' udito nè afasia acustica: *quasi certamente* non è nella zona rolandica perchè non ci fu mai epilessia parziale e neppure *piena paralisi* di nessuno dei fasci (faciale, brachiale, crurale), *probabilmente* non è nei gangli della base, perchè il primo fenomeno fu l'afasia transitoria e perchè pare che la compressione della capsula e dei nervi cranici avrebbe dovuto dare fatti più accentuati di paralisi; *dunque (? ?)* il tumore dovrebbe essere nella sostanza bianca del lobo frontale sinistro.

Ma purtroppo questo *dunque* è bacato perchè scaturisce da troppi *probabilmente* e non da tutti *certamente*, la conclusione vacilla, perchè le fondamenta dell'edifizio non sono profonde. Meno male, se esistesse quel carattere psichico d' ottimismo o d'allegria o di spiritosaggine insensata che talora si trova nei tumori frontali: meglio se si trovasse l'atassia dei movimenti: allora la probabilità diventerebbe maggiore, ma nulla di tutto ciò. L' unico fatto che oltre all'eliminazione probabile delle altre sedi parlerebbe per il lobo frontale è che i primissimi sintomi furono l'afasia transitoria e la paresi del braccio destro, fenomeni che si spiegano bene sup-

ponendo che un tumore della sostanza bianca frontale comprimesse la terza circonvoluzione frontale e la frontale ascendente. Veda se si può almeno trovare una qualche *dolorabilità* maggiore sul frontale sinistro, o se ci fosse una qualche deformazione del cranio, una sporgenza maggiore. Io credo d'aver fatto già questa indagine, ma non ho trovato nulla. Potrebbe venire perchè le ossa si assottigliano e cedono. Fatto sta che la vista della povera signora, se non si riesce a sgravare la cavità cranica molto presto, è definitivamente perduta. Ma io non oso consigliare una craniotomia esplorativa o alla Horsley con un giudizio che io sono impotente ad accertare . . .

E difatti l'esame accuratissimo del cranio che sempre prima era stato negativo, svela ora a sinistra del bregma quasi sulla sutura sagittale una speciale ottusa dolorabilità. Il Prof. Murri aveva divinata la diagnosi di sede.

Entrata la Signora nella mia Casa di Salute, pratico la craniectomia il giorno 17 Aprile 1898.

Con vasto lembo cutaneo periosteo con base alla regione temporo-frontale sinistra scopro la regione fronto-parietale sinistra e parte della destra, previo laccio elastico occipito frontale per l'emostasi cutanea.

Qui non eseguisco lembo alla Wagner, perchè l'osso era malato, e perchè trattandosi sicuramente di grosso tumore a decorso rapido, sarebbe restata una cavità fra cervello e lembo; era quindi meglio addossare il lembo cutaneo periosteo alla vasta breccia cerebrale.

E di fatti, raggiunta con lo scalpello la meninge in un punto ove l'osso era normale, completai l'ampia breccia col Luer. L'osso si andava sempre più ingrossando di mano in mano che mi avvicinava al punto dolente tanto da raggiungere la grossezza di quasi 2 cm. e si vedeva infiltrato dall'eteroplasia sottostante. Aperta la dura d'intorno all'ampia breccia dove appariva sana, allacciai sotto e sopra il seno falciforme maggiore, recisi il processo falciforme e asportai il vasto tumore che aveva avuto origine in esso e che si era diffuso alle ossa sovrapposte. Detto tumore della grossezza di un ovo di gallina schiacciava poco a destra, ma a sinistra quasi tutto il lobo frontale, le cui sottoposte circonvoluzioni erano pochissimo manifeste.

Il cervello pulsante a poco a poco riprese la sua posizione primitiva, drenaggio con tela gomma perchè alla garza la polpa cerebrale aderisce facilmente e si contunde e si strappa quando si toglie il drenaggio, praticai la sutura e la medicatura.

Quantunque l'operazione durasse circa 40 minuti e avesse regolarmente proceduto, pure la malata morì di collasso due ore dopo l'operazione, collasso dipendente non solo dall'atto operatorio, ma anche da cloroformio.

Il tumore che consegnai agli aiuti del Prof. Murri presenti all'atto operatorio pesava gr. 80, e all'esame microscopico risultò trattarsi di endotelioma del processo falciforme della dura.

La necroscopia non fu concessa.

Per emiplegia ed afasia traumatica.

Caso 1.° O. R. — Matteucci Giuseppe, d'anni 5, di Budrio, nei primi del Maggio 1894 riceve alla regione parietale sinistra un colpo di tridente, di cui una punta perfora la pelle e l'osso sottostante inpiantandosi

nel cervello. Grave commozione cerebrale nel primo giorno, e passata questa si ha emiplagia destra, paresi dell'arto inferiore sinistro, paralisi vescicale, ed afasia motoria.

Due giorni dopo cioè il 7 Maggio 1894, non migliorando la paralisi suddescritta eseguisco col trapano e col Lüer la craniectomia asportando tutta la porzione depressa del parietale, quella porzione cioè che non riesco a sollevare con la leva, apro la dura meninge che pulisco e disinfetto, e specillata la ferita cerebrale avverto un piccolo frammento di tavolato interno confinato alla profondità di 1 cm., e lo estraggo. Sutura, previo drenaggio, e medicatura. La ferita guarisce in parte di prima e in parte per seconda intenzione, dando luogo ad una piccola ernia cerebrale che in pochi giorni raggiunge la grossezza di un ovo di colombo. Intanto ogni segno di paralisi era scomparso, e così pure l'afasia, della quale il 26 Maggio non restava segno alcuno. In detto giorno previa cloroformizzazione, scollo il lembo cutaneo, spacco l'ernia cerebrale appena pulsante ed avente al centro un piccolo grumo di sangue, e riuscendo inutile ogni tentativo di riduzione l'asporto completamente. Sutura della meninge e della cute, guarigione per prima.

Anche ultimamente ho visto il bambino, il quale è intelligentissimo e gode perfetta salute, ogni segno di paralisi è scomparso, solo l'estensione delle dita della mano destra non è prontissima, ma leggermente tardiva.

Per meningite o ascesso da causa otitica.

Caso 1.° O. R. — Grossi Arcangelo, d'anni 49, entra in Ospedale il 3 Dicembre 1895. Da un pezzo è malato di otite media suppurativa, ma da qualche giorno, così raccontano quelli di sua famiglia, le sue condizioni di salute si sono fatte gravissime. La temperatura raggiunge quasi sempre il 40°, incerto il brivido, non vomito, non vertigini, solo un forte dolore di capo l'opprime immensamente.

Al suo ingresso in Ospedale può appena reggersi in piedi per la grande cefalea, ma la deambulazione non offre segni di andatura speciale; posto in letto, spesso giace comatoso, spesso si lamenta pel forte dolore di capo; però richiamato sempre risponde a tono. Perdura lo scolo dall'orecchio.

All'esame obiettivo il polso ed il respiro sono irregolari, pupille eguali che appena reagiscono, e degli altri nervi della base solo i rami inferiori dei faciali sembrano paretici. Nessun'altra paralisi, urina ed evacua l'alvo. Reflessi quasi esagerati; manca qualunque segno di contrattura.

In questo caso se il peggioramento rapido col forte innalzamento della temperatura sta per una meningo-encefalite o per una meningite suppurata, mancano però per questa molti altri segni. Sospettai l'ascesso cerebrale ma anche per questo una deficienza di sintomi, un decorso anormale. Esclusi pure ogni lesione labirintica per la mancanza di vertigini e per la non perdita dell'equilibrio, e per questi fatti anche l'ascesso cerebellare. Ogni segno poi di trombosi del seno trasverso mancava; difatti facevano difetto i punti dolorosi caratteristici.

Dinanzi a tanti dubbi, la mattina del giorno 5 pratico la trapanazione delle cellule mastoidee, che trovo necrosate, e piene di pus. Indi eseguisco una craniectomia mediante sgorbia e tanaglia Montenovesi nella zona di trapanazione di Bergmann.

Apro la meninge, trovo il cervello fortemente iniettato e tendente a far ernia, e pulsante. Pungo con Pravaz di media grossezza in diverse direzioni, e sempre con esito negativo. Allora comprimendo leggermente il cervello per suturare le meningi m'accorgo che fra cervello e meninge stessa fuoriesce pus in discreta copia. Drenaggio con garza, e suturo il lembo.

Il malato muore il giorno dopo; e alla necroscopia trovo meningite cerebro-spinale suppurata, ed encefalite; i ventricoli non contengono pus.

Caso 2.° O. M. — Tonelli Giovanni, d'anni 7, di Savignano, entra in Ospedale il 12 Febbraio 1899. Due mesi prima accusò dolori intensi nello interno dell'orecchio destro, dal quale fuoruscì una certa quantità di pus. Fu curato con lavande, e dopo pochi giorni cessò ogni disturbo tanto che pareva guarito. Non ebbe febbre.

Da una settimana è ricominciato il dolore, al dire della madre, piuttosto forte accompagnato da scolo di pus dall'orecchio, e febbre alta, non continua, preceduta da brividi. Il bambino gridava forte, accusava senso di sete, e forte cefalea, e vomitava spesso.

L'alvo una settimana fa era stittico, ma dietro la somministrazione di un purgante è divenuto diarroico, e tale ora si mantiene.

Fu malato, a quanto pare, l'anno scorso di febbre tifoide, e di bronchite tre anni fa.

Il padre è vivo ed è sano, la madre è malata di petto da qualche anno, e un fratello è morto sei anni fa, e la madre lo dice morto di meningite tubercolare.

Esame obiettivo. — Nulla di notevole a carico degli organi del petto e del ventre.

Sistema nervoso. — Non si riesce a rilevare nessun sintoma di focolaio. La motilità è normale, e così pure risulta la sensibilità da quanto si può capire data l'età del paziente e il suo torpore psichico. Quando si lagna per il dolore muove indifferentemente tutte le parti del corpo, e dapertutto è conservata la sensibilità dolorifica anche pei stimoli non molto intensi.

I reflessi rotulei e plantari sono bene manifesti, i reflessi vaso-motori esagerati. L'esame del fondo dell'occhio nulla presenta di notevole, normali le pupille ed i vasi retinici. Nessun nervo della base è preso, polso normale, respiro regolare, manca il segno di Kernig. Esame chimico e microscopico delle urine negativo. Nei primi sei giorni di degenza in Ospedale, il bambino accusò cefalea quasi continua prevalentemente frontale. Emetteva alte grida, si dimenava per il letto e portava spesso le mani alla fronte. In qualche ora del giorno a questo periodo di eccitamento subentrava una fase di depressione, e il malato cadeva in torpore emettendo solo di tanto in tanto dei piccoli gemiti. La temperatura variò sempre fra il 38° e il 39°, e generalmente l'innalzamento della temperatura era preceduto da brivido.

La diarrea scomparve quasi subito, seguitò sempre lo scolo dell'orecchio, mantenendosi sempre indolente la mastoide.

Anche in questo caso, se la diagnosi di meningite sembrava la più logica, molti sintomi mancavano che la potessero rendere sicura. I nervi della base integri, la mancanza di convulsioni mi costringevano a pensare

anche ad una lesione a focolaio, ad un ascesso temporo-sfenoidale, o cerebellare otitico.

Quantunque rarissimo quest'ultimo nei bambini, e per quanto difficile alle volte la diagnosi di ascesso cerebrale, pure in questo caso detta diagnosi doveva essere presa in considerazione.

D'altra parte la craniectomia esplorativa s' impone sempre nei casi dubbi, nei casi massimamente dove può riuscire vantaggiosa.

Difatti il 17 Febbraio trapanai le cellule mastoidi che trovai infiammate ma non contenenti pus, e con la sgorbia e col Lüer eseguii una vasta craniectomia nella zona di Bergmann. La meninge apparve normale, e così pure il cervello che punsi con Pravaz in diverse direzioni, e sempre con esito negativo.

Nulla fra dura e rocca petrosa: liquido cefalo-rachidiano, macroscopicamente normale per qualità e quantità. Sutura e medicatura.

Fino al 24 Febbraio il miglioramento di tutti i sintomi, e l'abbassamento della temperatura ridotta al normale facevano sperare anche in una possibile guarigione. Ma il 25 si ebbe rapido peggioramento, strabismo interno, coma e morte durante la notte.

La necroscopia non fu permessa per cui non si potè constatare se il rapidissimo peggioramento fu per meningite riacutizzata, o per rottura di ascesso in un ventricolo.

Casi speciali. Per trauma.

1.° *Caso* O. M. — Trigari Antonio, d'anni 9, viene portato in Ospedale sui primi di Ottobre 1894. Cinque giorni prima una conca pesantissima carica d'uva ribaltandosi gli schiaccia il capo nella direzione del diametro bi-auricolare producendogli anche varie ferite lacero-contuse alle regioni temporo parietali.

Al suo ingresso in Ospedale ha tutti gli arti paralitici. Il capo grosso e gonfio si vede subito schiacciato lateralmente, è tutto ecchimotico e alla palpazione attraverso ad ematomi parietali si avvertono diverse fratture. Non scola sangue dagli orecchi e non vi sono ecchimosi sottocongiuntivali. Però il bambino urina da sè, ha evacuato l'alvo, interrogato risponde abbastanza bene, riconosce i suoi parenti e spesso chiede da bere.

Il giorno dopo previa leggera cloroformizzazione, e mediante vasto lembo bi-auricolare a base posteriore scopro la zona di frattura che è estesissima e resto sorpreso nel trovare che un frammento della regione parietale destra, frammento lungo 9 cm., e largo 4 cm , si era impiantato del tutto attraverso la dura nel lobo occipitale destro, parte superiore, in vicinanza del lobo parietale. Con ogni precauzione lo estraggo e lo pongo in una soluzione fisiologica tiepida. Pratico col Lüer delle piccole craniectomie nei punti dove si incontravano tre raggi di frattura, e con la leva sollevo diversi frammenti fino a che il cranio acquista la sua forma rotonda. Pongo in sito il frammento estratto previa sutura meningea, e col perforatore di Collin e filo d' argento unisco i diversi frammenti in due punti col frammento suddetto. Drenaggio e medicatura.

Il bambino muore la sera di esaurimento, e alla necroscopia trovo che la vòlta cranica è attraversata da diverse linee di frattura, la più

lunga delle quali va dall'occipite a metà della regione frontale destra. Le meningi sono fortemente iniettate, grave stasi nel cervello alla di cui regione parieto-occipitale destra trovasi una vasta ferita attraverso la quale era passato il frammento resosi libero.

Detta ferita va verso il ventricolo laterale destro, ma non lo lede, Tutti i ventricoli sono pieni di siero sanguinolento.

Ora davanti ad un caso così grave doveva intervenire?

Alla forma assunta da quel cranio in seguito alla frattura, e agli effetti del trauma in quel cervello così gravi tanto da meravigliare come quel piccolo paziente fosse ancora in vita, faceva, direi quasi contrapposto come certe funzioni si fossero conservate intatte. Egli conosceva benissimo i suoi parenti, interrogato rispondeva a tono; chiedeva spesso da bere, ecc.

Io credei di potergli giovare, e l'operai. Ad ogni modo lasciato a sè la morte sarebbe ugualmente avvenuta. Certo che il limitare l'azione chirurgica in casi eguali a quello che ora sto per descrivere, i successi sarebbero maggiori. Ma appunto questi due casi rappresentano i due estremi fra i quali il chirurgo può espletare l'opera sua.

Caso 2.° O. M. — Nanni Claudio d'anni 25, di Savignano di Romagna, domiciliato a Bologna, cadde il 25 Aprile 1898 da un' altezza di circa m. 10. Comatoso viene portato in Ospedale presentando una ferita lacero-contusa con grosso ematoma alla regione fronto-parietale sinistra.

Il giorno dopo perdurando lo stato comatoso, e avvertendosi all'esame obbiettivo frattura alla regione fronto-parietale, sinistra coll'avvallamento di un frammento, eseguisco subito la craniectomia previa leggera cloroformizzazione necessaria per ottenere l'immobilità del malato. Sollevo con la leva il frammento frontale avvallato, ed esamino se fra esso e dura avvi emorragia dei rami anteriori della meningea media.

Sutura e medicatura, guarigione per prima.

Il malato in 15 giorni abbandona l'Ospedale perfettamente guarito, senza alcun postumo traumatico.

Tumore del cervelletto.

Caso I.° O. R. — Mantovani Roberto (1), d'anni 17, fabbro, di Ferrara. Nel Giugno 1893 ebbe vertigini per la prima volta, mentre fino allora aveva goduto ottima salute.

In seguito queste vertigini si ripetono, insorge cefalea e qualche volta vomito. La gamba destra si fa debole. e incomincia allora una andatura incerta, quasi a zig-zag. Nei primi del 1894 non parlava più bene come prima, si mangiava, come dice la madre, le parole, e s'accorse che oramai era diventato sordo a sinistra. In seguito le vertigini, il vomito, l'andatura barcollante aumentarono moltissimo d'intensità, e così pure i deliqui e la cefalea intensa quando camminava, e tanto da costringerlo a ricoverarsi all'Ospedale di Ferrara, dove stette durante il Giugno 1894. Ne usciva poco dopo di propria volontà nelle stesse condizioni di salute.

(1) La storia di questo caso fu pubblicata dall'illustre prof. Murri nel Bullettino delle Scienze Mediche. Fascicolo di gennaio 1895. Qui non ne faccio che un riassunto.

Nell'Agosto e Novembre fu diligentemente esaminato dai medici del Manicomio di Ferrara, e nel Gennaio 1895 ricoverato nella clinica medica di Bologna dove all'esame obbiettivo fu trovato quanto segue:

Caratteri generali: Individuo di statura media ben conformato, in buonissimo stato di nutrizione.

Esame dei visceri toraco-addominali: negativo.

Esame del sistema nervoso:

Motilità: Allo stato di riposo sulla faccia si vede l'arcata sopraccigliare di sinistra un po' più alta ed arcuata della destra; la rima palpebrale sinistra un po' più ristretta della destra; la metà sinistra del labbro superiore più arcuata della destra; il solco naso-labiale sinistro più marcato del destro; la direzione dell'asse visivo sinistra con una convergenza leggermente più accentuata che a destra; la regione temporale sinistra ed anche un po' della guancia, un po' più depressa della omonima destra; l'arcata zigomatica sinistra invece più sporgente, anche l'osso temporale nella sua porzione sovrastante il padiglione dell'orecchio si vede e si sente con la palpazione un po' più prominente che non quello del lato destro nelle regioni omonime. I muscoli sterno cleido-mastoidei si sentono un po' tesi specie quello del lato destro. Durante l'azione dei muscoli mimici si trova la funzione dei muscoli frontali ben conservata in modo pressochè uniforme da ambo i lati. Anche gli orbicolari delle palpebre si contraggono benissimo da ambo i lati, forse una lievissima prevalenza l'avrebbe quello del lato destro. Durante la chiusura forzata delle rime palpebrali si vede più stirato in alto l'angolo labiale sinistro e più profondo il solco naso-labiale sinistro. Questa disuguaglianza nella intensità di funzione motoria si fa più manifesta dopo parecchi secondi da che persiste la contrazione volontaria, poichè a destra i muscoli tendono a rilasciarsi, mentre a sinistra permangono nello stato di contrazione suddescritta. Invitato a mostrare i denti, a ridere, ecc. si vede in principio una funzione leggermente più vivace a carico dei muscoli mimici del lato destro, però poco dopo ritorna a manifestarsi la prevalenza di contrazione di quelli del lato sinistro. La lingua è portata fuori dall'arcata dentaria con una certa prontezza, per lo più non devia; qualche volta si è vista solo tendere un po' verso il lato destro; è in preda a movimenti quasi coreici per cui cambia facilmente di forma e di posizione. Questi movimenti involontarì sono più spesso visibili sulla metà destra. La mucosa è pianeggiante, liscia ed osservata la lingua dentro la cavità ovale appare un po' convessa e un po' più sviluppata la metà sinistra. Nello stato di riposo l'arcata palatina sinistra si vede un po' più alta e un po' più arcuata della destra, durante la funzione si nota ancora un leggero grado di aumento di contrazione della metà sinistra della retrobocca. La funzione dei masseteri non si presenta con eguale energia da ambo i lati, poichè durante la masticazione l'indurimento del massetere sinistro è meno sensibile del destro, e lo stesso press' a poco avviene pei muscoli temporali. Anche nell'aprire fortemente la rima orale la mandibola devia leggermente verso il lato sinistro; però quando l'ampiezza della rima ha raggiunto il suo massimo di apertura si vede che la mandibola è riportata ancora sulla linea mediana. I movimenti di lateralità della mandibola sono un po' limitati, però non si riesce a stabilire con certezza da qual lato siano prevalenti.

La direzione forzata verso il lato destro degli assi visivi è fatta in modo completo, però insorge quasi subito un tremore orizzontale dei bulbi, che per lo più cessa nella posizione di riposo. La direzione forzata dei bulbi oculari verso sinistra è un po' meno completa, inoltre i bulbi tendono a portarsi lentamente nella direzione anteriore, per cui si produce un nistagmo orizzontale con direzione da destra a sinistra. La convergenza forzata degli assi visivi è pressochè normale. Qualche volta si vede anche, facendo dirigere forzatamente lo sguardo a sinistra, una leggiera deviazione secondaria del bulbo destro. Il capo nella posizione di riposo e specie quando l'infermo sta seduto tende a cadere un po' in addietro e sul lato destro. Si vedono anche oscillazioni larghe e lente del tronco quando sta seduto, e specie in piedi oscillazioni irregolari per lo più di lateralità; ma talora anche dall'innanzi all'indietro.

I movimenti di lateralità, flessione ed estensione del capo si compiono volontariamente in modo pressochè normale, solo volgendo lateralmente il capo verso destra è avvertita dall'infermo minor fatica.

I movimenti attivi e passivi degli arti superiori si compiono abbastanza bene, purchè però si richieda uno sforzo un po' energico ed un movimento piuttosto grossolano. Se deve compiere un movimento un po' delicato e preciso si nota una leggera titubazione o leggero grado di incoordinazione, molto più manifesta però a carico dell' arto superiore sinistro Infatti invitato a toccarsi la punta del naso con la punta dell'indice sinistro poco prima di arrivare alla meta prefissa fa una o due oscillazioni in modo da ricordare più un leggero grado di atassia del movimento predetto, che non di tremore intenzionale, poichè per di più invece di toccare il punto indicato tocca una parte più o meno vicina a seconda delle volte. Invitato a portarsi alla bocca un bicchiere o un cucchiaio pieno di liquido, questo movimento coll'arto superiore destro è compiuto senza rovesciare goccia di liquido, col sinistro invece qualche volta spande qualche goccia pel movimento incoordinato suddescritto.

(*Continua*).

Dall'Ambulatorio Ostetrico-Pediatrico di Portici

GUARIGIONE DI UN MENINGOMIELOCELE OPERATO

del

Dott. AMEDEO BERLESE

Direttore dell'Ambulatorio.

La scelta del metodo di cura, subordinata alle diverse specie di spina bifida, riesce talora difficile a stabilirsi, o anche impossibile, date le difficoltà che in alcuni casi si incontrano per stabilire bene la diagnosi differenziale tra un meningocele e un meningomielocele, o tra queste ed altre forme (siringomielocele, mielocele, siringomeningocele, spina bifida occulta).

L'esperienza ha dimostrato che tra i metodi proposti, quello delle iniezioni ripetute, di preferenza col liquido di Morton, (1) ha dati maggiori risultati, specialmente nei casi di meningomielocele, che è la forma più comune (circa il 65% di tutti gli altri casi), e nella quale tanto la compressione quanto la escisione e la legatura riescono generalmente letali. Per tal fatto si consiglia di ricorrere sempre al metodo delle iniezioni. In base a queste considerazioni, anzi, la Società Clinica di Londra raccomanda di praticare sempre le iniezioni, come metodo più sicuro degli altri, sebbene questi ultimi, anche in caso di meningomielocele, siano riusciti in mano di qualche chirurgo, come per es: Mayo Robson, di Leeds, Dubourg (quest'ultimo in 4 casi di meningomielocele), ed altri.

Anche la iniezione però non è scevra di pericoli. Senza contare che può esser senza effetto alcuno, la iniezione può dar luogo ad uscita di liquido cefalo-rachidiano, per puntura delle membrane, a morte immediata o a idrocefalo in seguito. Quest'ultimo comparisce frequentemente anche quando la spina bifida è già guarita mediante le iniezioni, e perciò anche con questo metodo, la mortalità è sempre molto elevata.

---

(1) Ioduro di potassio gr. 1.50; iodo metallico gr. 0,50 (da potersi aumentare fino a gr. 1,50); glicerina gr. 30.

È da notarsi però che talora, trattandosi di meningocele, può avverarsi la chiusura del sacco, fuori della cavità generale delle membrane. Ne risulta per tal fatto una specie di cisti, che non comunica più collo spazio sottoaracnoideo (spina bifida falsa). In questo caso, come pure nelle spine bifide sacrali, possono usarsi i mezzi operativi cruenti sopra menzionati (escisione, legatura).

Io descrivo qui un caso, tra altri che si presentarono alla nostra osservazione durante il tempo nel quale ho tenuto Ambulatorio in Portici, in quanto che, oltre che presentare un caso abbastanza raro, di un meningomielocele guarito coll'operazione, mi sembra che sia degno di nota il fatto che dopo la legatura e la escisione si è avuta la caduta del peduncolo, la comunicazione della cavità del midollo coll'esterno, e la consecutiva uscita del liquido cefalo-rachidiano, e che non si è potuta ottenere la guarigione che ricorrendo ad una compressione esercitata da un corpo solido, la quale ha determinato l'aderenza fra i tessuti molli soprastanti all'apertura della colonna vertebrale per mancanza congenita dell'unione delle lamine vertebrali, coi margini dell'apertura stessa.

Caso. — La bambina, di nome Margherita Fannelli di Maria Maddaloni Fannelli, abitante in Cazzano Serra di Portici (Napoli), si presenta all'Ambulatorio il 25 luglio 1898, avendo l'età di quattro mesi. È ben nutrita e vigorosa, e non presenta alcuna manifestazione paralitica, nè vi si riscontrano associate altre deformità a quella della spina bifida.

Alla regione lombare, in corrispondenza della linea mediana, si osserva un tumoretto poco più grande di un uovo di piccione, poco fluttuante e pochissimo riducibile, coperto interamente di cute sana, assai poco translucida. La bambina era nata con questa infermità, e il tumoretto era andato poco a poco crescendo dalla nascita.

Per tali segni diagnostici, come appare chiaro, non era facile stabilire a priori una diagnosi differenziale esatta, e il tumore poteva anche confondersi con altri tumori congeniti. Però la mancanza di masse solide, e il leggero grado di fluttuazione lo differenziavano dal teratoma o dal lipoma, come pure si differenziava dall'igroma essendo questo spugnoso, più piatto, e non sempre nella linea mediana.

Questi caratteri differenziali adunque deponevano per la lesione derivante dal fatto che il mesoblasto non s'interpone fra l'epiblasto spinale e cutaneo, come dovrebbe invece avvenire, e come avviene normalmente. Sempre però restava impossibile il decidere di quale forma di spina bifida si trattasse, e i caratteri lasciavano piuttosto credere esser dinanzi ad un caso di semplice meningocele, piuttosto che di meningomielocele. Non esistevano macchie nevoidi, ed il tumore era fisso alla spina. Non si sentivano però i margini dell'apertura delle lamine.

Ho proposto alla madre l'operazione della spina bifida della bambina.

Quantunque la cloroformizzazione sia, come è noto, controindicata nell'operazione della spina bifida, io dovetti ricorrervi per ragioni che è inutile esporre qui.

Operazione. — Alla cloroformizzazione si è fatto precedere la iniezione sottocutanea di morfina. È inutile dire che si fecero tutti i preparativi necessari alla cloronarcosi.

Incisione nel mezzo del tumore, nel senso dell'asse longitudinale del corpo, della lunghezza di 4 cent. Isolamento del tumore dal tessuto circostante. Legatura del peduncolo ed escisione del tumore. Sutura nodosa della ferita con seta, e fasciatura circolare. Antisepsi scrupolosa.

Decorso. — Il 29 Luglio si constata che ogni cosa procede bene, senza traccia di pus. Dopo altri tre giorni la madre mi avverte che dalla ferita esce del liquido chiaro, del che si è accorta constatando che il cotone era bagnato. Aperta la ferita si osserva che il peduncolo era stato tagliato dalla legatura. Con una pinzetta circolare afferrai il peduncolo e lo legai di nuovo, e poi feci una sutura nodosa molto serrata. Se non che dopo 4 giorni usciva ancora il liquido, il quale, trovando difficoltà nell'attraversare la ferita, avea sollevata la cute formando una specie di borsa. Apersi di nuovo la ferita. Non esisteva che l'apertura anormale della rachide, e il liquido cefalo-rachidiano usciva abbondante all'esterno ad ogni atto respiratorio. La bambina si fece pallidissima, presentando minaccia di colasso. Era uopo quindi provvedere d'urgenza, con un mezzo sicuro. Siccome la sutura, in tali condizioni specialmente, non può raggiungere lo scopo, perchè, anche riuscendo a farla in modo che non permetta passaggio di liquido, è sempre soggetta a rallentamento per la continua pressione, che determina il taglio della pelle in corrispondenza dei punti, ho pensato di ricorrere ad una pressione continua per impedire l'uscita del liquido, finchè i tessuti molli si fossero saldati alla superficie della colonna vertebrale, attorno al forame anormale di questa.

Adagiati i lembi della ferita sul forame in discorso, feci tenere dal mio assistente, Dott. Oscar Mauro, il polpastrello del pollice sulla pelle, in corrispondenza del forame, in modo che il liquido non poteva più uscire. Intanto praticai la sutura dei margini della pelle, facendo spostare il dito per quel tanto che mi permettesse mettere i punti, senza togliere la pressione. Terminata la sutura, applicai al di sopra della pelle, in corrispondenza del forame, una pressione metallica, costituita di 4 pezzi da 5 centesimi, sovraposti l'un l'altro e ricoperti di cotone. Così ho ottenuto un piccolo cilindro al momento, non avendo il tempo di provvedere in altro modo. Sopra di questo corpo ho messo del cotone e la fasciatura alquanto stretta. Per tal modo era impossibile che il liquido uscisse all'esterno.

Nei giorni successivi, infatti, non si è visto traccia di liquido. Al 10.° giorno si è tolta la compressione e con nostro compiacimento abbiamo constatato che era avvenuto quanto si desiderava. In corrispondenza del forame congenito della rachide, per il quale avea fatto ernia il midollo, esisteva un infossamento prodotto dalla pressione metallica, e tutta la cute era fortemente aderente alla colonna vertebrale. La superficie dell'infossamento era priva di epidermide, poichè la compressione avea determinata la necrosi superficiale, e si presentava quindi come un'area rossastra, quasi simile ad una piaga, nella quale scorreva un solco irregolare e piegato in più sensi, rappresentante la linea d'unione dei margini cutanei; in un punto del quale si scorgeva una piccola porzione di sostanza midollare, rimasta impigliata fra i bordi.

Colla pinzetta ho tolta questa sostanza midollare e poi ho cauterizzato i margini del solco col nitrato d'argento e medicato coll'iodoformio. La medicatura all' iodoformio è stata fatta altre tre volte, nei giorni successivi. Al 4.° giorno il solco era scomparso per adesione completa dei margini, e la superficie cutanea era perfettamente rivestita di epidermide, e si mostrava solo poco corrugata.

Esaminata la bambina dopo 2 mesi, presentava ancora leggero corrugamento della cute, alla regione operata.

La bambina non ha sofferto alcun disturbo trofico, non presentando nè fatti paralitici, nè rachitici. Ed ancora oggi, dopo un anno e mezzo, sta perfettamente bene e cammina egregiamente.

È ovvio dire che da un unico caso non si possono trarre conclusioni. Bisognerebbe vedere intanto il valore che può avere la concomitanza di fatti paralitici, o anche semplicemente rachitici, o l'assenza di questi, nella prognosi dell'operazione del meningomielocele.

Ciò che si può considerare qui è il fatto dell'aderenza dei tessuti molli alla superficie ossea esterna della teca vertebrale, mediante la compressione, dopo operato il meningo-mielocele asportando la porzione erniata. Ora la compressione esterna, praticata cioè al disopra della spina bifida, senza operare, mediante fasciatura circolare e placca di guttaperca o stampi di gesso ripieni di cotone, è un metodo che è stato usato e che talora ha prodotta la guarigione per obliterazione della comunicazione della spina bifida col canale vertebrale. Metodo però che è stato quasi del tutto abbandonato per i pericoli di cui spesso è causa.

Sarebbe forse il caso di sperimentare, se, data l'opportunità di operare la spina bifida, si possano, mediante la consecutiva compressione e le aderenze che si ottengono, evitare, almeno nella maggior parte dei casi, le funeste conseguenze di una spina bifida operata.

Portici, 5 febbraio, 1900.

L' argomento del giorno

I giornali tutti hanno riferito con parole di lode il sunto di una comunicazione fatta al Congresso di Wiesbaden dal Prof. Queirolo, Clinico Medico nella R. Università di Pisa, intorno ad un NUOVO METODO PER DETERMINARE L' AREA GASTRICA. La genialità del metodo, e quale poteva aspettarsi dal Queirolo, il quale conta tanti e pregevoli lavori, è tale che non posso non citarlo in questo Articolo, nel tempo stesso che faccio le mie congratulazioni vive e sincere all'amico e collega carissimo. In attesa che Egli pubblichi il suo lavoro completo riporto il sunto di una sua Lezione Clinica pubblicata in quest'anno nel N.° 4 della Clinica Moderna, nel quale, come nota preventiva, descrive il metodo stesso: «Da molto tempo, egli scrive, io mi era proposto di riprodurre graficamente i confini dello stomaco mediante la percussione. Mi pareva oltremodo logico che l'aria contenuta nello stomaco e scossa con i colpi della percussione dovesse trasmettere all'esterno le sue vibrazioni, quando la cavità dello stomaco fosse messa in comunicazione, mediante una sonda gastrica, con una penna scrivente: le oscillazioni della penna dovevano, secondo le mie previsioni, segnare il momento nel quale i colpi di percussione cadevano sullo stomaco. Feci una lunga serie di tentativi diretti a questo scopo, ma le mie speranze furono sempre deluse: la penna messa in comunicazione con lo stomaco non si comportava diversamente nella percussione degli intestini e nella percussione dello stomaco: non dimostrava di risentire che debolmente le vibrazioni provocate con la percussione nell' aria contenuta nello stomaco. Lo stesso risultato quasi negativo lo aveva quando all'aria sostituiva nello stomaco un liquido, nel quale facevo immergere l'estremo della sonda. Ma era cosiffattamente radicata nella mia mente la convinzione che le mie previsioni dovessero avverarsi, che non rinunciai a continuare i miei tentativi. Recentemente ripresi le ricerche in unione col mio Aiuto prof. Landi, e dinanzi ai risultati insufficenti delle prove fatte con la semplice sonda si pensò, pur facendo sempre uso di questa, a modificarla in differenti modi fino a trovarne uno che rendesse più sensibile la trasmissione delle vibrazioni dello stomaco alla penna. Fra i molti tentativi fatti, una modificazione dell'estremità gastrica della sonda, sperimentata dal Prof. Landi, condusse alla soluzione del problema. Si applica all'estremità gastrica della sonda una piccola vescica: all'estremità buccale della sonda si congiungono due tubi che sono in comunicazione con un rubinetto. Introdotta la sonda nella cavità dello stomaco, si distende moderatamente la piccola vescica, immettendo una piccola quantità d'aria attraverso il rubinetto del tubo esterno. Ho voluto sperimentare se, sopprimendo la vescica ed insufflando una moderata quantità d'aria nello stomaco, l' apparecchio funzionasse ugualmente: e il resultato è stato analogo: ci parve però meno costante. Introdotta la sonda si pratica una leggerissima percussione immediata sul ventre: finchè il colpo di percussione cade sugli intestini nessuna oscillazione è segnata dalla penna: i colpi di percussione non si trasmettono alla colonna d' aria della sonda: ma appena il colpo di percussione cade sullo stomaco, cominciano vivissime le oscillazioni della penna. Io riproduco l'esperimento davanti ai vostri occhi. Osservate con quanta precisione incominciano le oscillazioni della penna, quando la percussione cade sulla linea che segna i confini dello stomaco inferiormente: osservate pure come le oscillazioni siano evidenti mentre io percuoto su tutta l'area gastrica, anche verso la regione pilorica, sulla quale tanto difficile, se non impossibile, riesce la delimitazione dello stomaco con gli altri metodi di esame. Io percuoto ora fuori dell' area gastrica e voi vedete cessare immediatamente ogni oscillazione della penna. Da questo metodo io mi riprometto notevoli risultati per la diagnosi delle malattie dello stomaco: dalle prime ricerche appena istituite ci pare che qualche modificazione debba

forse portarsi nell'area normale generalmente indicata per lo stomaco: nella dilatazione gastrica la diagnosi dovrebbe acquistare carattere di certezza, nella deformazione dello stomaco sembra logico che si debba avere analogo risultato diagnostico: ed io spero, per quanto ci sia mancata l'opportunità di sperimentarlo sinora, che non poco sussidio debba questo metodo portare nella diagnosi di localizzazione delle neoplasie: la insufficenza pilorica dovrebbe rilevarsi per la mancanza di ogni oscillazione della penna durante la percussione sulla regione gastrica, se giusto è il concetto che mi sono formato sul meccanismo della funzione del nostro apparecchio. Qual'è il meccanismo per il quale funziona l'apparecchio? Come avviene che la sonda, munita di vescica al suo estremo, trasmetta solamente le oscillazioni percussorie, mentre non le trasmette quando il suo estremo è libero? Come avviene che la sonda trasmetta solamente le oscillazioni percussorie dello stomaco e non quelle dell'intestino? Parmi che la cosa debba spiegarsi così. Quando la sonda s'immerge nel suo estremo libero sull'area dello stomaco, le oscillazioni percussorie, a cagione della debole tensione delle pareti dello stomaco e quindi dell'aria, si disperdono totalmente nel contenuto dello stomaco; quando la sonda s'immerge nell'aria dello stomaco munita di una vescica, che poi si distende con l'insufflazione, le pareti dello stomaco si distendono moderatamente, l'aria in esso contenuta, leggermente compressa dalla vescica distesa, forma come un cuscinetto elastico attorno alla vescica stessa, ed a questa trasmette ogni più lieve vibrazione che in essa si determini; che questo sia, con ogni probabilità, il meccanismo di funzione dell'apparecchio è dimostrato forse dal fatto che se si percuote direttamente sulla vescica distesa moderatamente, ma fuori della cavità dello stomaco, le vibrazioni non si trasmettono alla penna. Se questo è il meccanismo di funzione, si comprenderebbe pure come non debbano trasmettersi alla penna le vibrazioni percussorie degli intestini, e come l'insufficenza del piloro debba (per logica induzione) impedire la trasmissione delle vibrazioni percussorie dallo stomaco: ciò che costituirebbe un sintoma sicuro per la diagnosi di questa malattia; ma per ora ci è mancata l'opportunità di controllare questa supposizione, e quindi ci asteniamo da ogni conclusione in proposito ». Ma ora la conclusione è venuta dinanzi ai Medici della Germania, che hanno controllato e solennemente approvato.

* * *

La Chirurgia dello stomaco progredisce sempre più, ed ancora più progredirà se alla minore mortalità che continuamente si ottiene si aggiungerà il vantaggio di una tarda recidiva, o di guarigioni durature. Ma per ottenere questo occorre che le estirpazioni sieno estese. Hartmann e Cuneo (*La Presse Médicale*, N.° 26, 1900) hanno appunto studiato questo quesito, per poi parlare della *tecnica della pilorectomia*. Essi partono dal giusto concetto che: 1.° il cancro del piloro si propaga poco verso il duodeno; 2.° che si estende specialmente verso lo stomaco, ed in particolare verso la piccola curva; 3.° che contrariamente a ciò che avviene per gli epiteliomi cutanei, ed in conformità di quello che si osserva per gli epiteliomi in generale, invade i gangli, ma questa invasione si fa specialmente dal lato della piccola curva. Ora date queste circostanze di fatto la migliore tecnica operatoria qual'è? « Noi consigliamo, scrivono Hartmann e Cuneo, di cominciare collo sfrondare gli epiploon allo scopo di esplorare la faccia posteriore dello stomaco ed assicurarsi della possibilità dell'estirpazione. Il piccolo epiploon può essere intieramente lacerato nella sua parte media avascolarizzata, senza provocare la menoma emorragia. Bisognerà aprire il grande epiploon in corrispondenza della futura incisione gastrica ed abbastanza da vicino al ventricolo per penetrare con certezza nella retro-cavità senza rischiare di ferire il mesocolon trasverso. Questo tempo di esplorazione terminato si fa sollevare il fegato e tirare il ventricolo in basso; si pone così sott'occhio la falce della coronaria, si lega e si seziona. Poi si pongono delle pinze elastiche curve sullo

stomaco il più vicino possibile al cardias. Si seziona il viscere e si rovescia verso destra. Non si conserva per così dire del ventricolo che la sua grande tuberosità ed una parte della grande curva, asportando invece la quasi totalità della piccola. Un colpo di sonda dato nello sfondo piloro pancreatico messo allo scoperto, scopre l'arteria gastro-duodenale che si trova immediatamente al di sotto del peritoneo, in fondo dell'angolo risultante dall'unione della prima porzione del duodeno e del pancreas. Si scopre immediatamente senza la minima ricerca e si lega tanto più facilmente che a questo punto è isolata, la vena che l'accompagna avendola lasciata per dirigersi verso il margine inferiore del pancreas e gettarsi nella vena mesenterica superiore. Non rimane più per terminare l'operazione, che finire di liberare il piloro tagliando il segmento del grande epiploon che lo fissa ancora. Bisogna sezionare il grande epiploon ad una certa distanza dal ventricolo allo scopo di asportare col tumore i gangli sotto-pilorici che, differentemente da quelli della piccola curvatura, non sono a contatto immediato con lo stomaco. Conviene ricordarsi che questi gangli possono aderire al mesocolon trasverso. Nel tempo stesso che il piloro si asporteranno i gangli retropilorici. Dopo la legatura della gastro-duodenale si staccano questi gangli scollandoli dal pancreas senza la minima emorragia, contrariamente a ciò che avviene quando si operava con gli altri processi. Si termina finalmente con un processo di anastomosi, od innesto duodeno-gastrico alla Hacker se rimase un segmento duodanale mobile, o chiusura dei due capi con gastro-enterostomia negli altri casi ». In realtà il processo operatorio si presenta molto bene, e promette garanzie di prontezza e sicurezza.

*
* *

E sempre a proposito della *chirurgia gastrica* mi piace riportare queste parole del Cardarelli, un Clinico medico di grande fama, per cui hanno un maggiore valore che se fossero dettate da un Chirurgo (L'intervento chirurgico nelle grandi dilatazioni di stomaco: Dalla *Rivista Critica di Clinica Medica*, N.° 1 e 2, 1900). « E se voi mi dimanderete fino a quando si può confidare nella cura medica, io vi rispondo, senza esitare un momento, che appena voi avrete fatto, con qualche sicurezza, la diagnosi di stenosi pilorica semplice, ed avrete riconosciuto il ristagno più o meno permanente del contenuto gastrico, dovete ricorrere all'opera del Chirurgo. E dico anche di più, che, pur non avendo la sicurezza della diagnosi della stenosi, per farvi invocare l'opera del chirurgo, e con sicura coscienza, basta solo l'aver riconosciuta l'assoluta impotenza dello stomaco a svuotare, ed il ristagno permanente. E l'urgenza dell'intervento chirurgico sarà per voi giustificata viemaggiormente, quando concorrano le seguenti condizioni, che io vi prego d'aver presenti: dilatazione notevole dello stomaco, e tale da non potersi facilmente immaginare che esso o possa ritornare allo suo stato normale, o possa svuotarsi per la sola dilatazione, per la forma e per lo spostamento subìto. Qual medico per quanto fiducioso voglia essere nelle sue cure, può lusingarsi, che, nel caso nostro, con quella dilatazione, con quella gastroptosi, possa, quandochessia ritornare lo stomaco allo stato normale, o almeno possa svuotarsi liberamente? E sempre insisto nel dirvi, che più che alla dilatazione, per invocare l'intervento chirurgico, dovete farvi regolare dal ristagno. L'altra condizione che forse deve spingervi ad invocare l'opera del chirurgo, è la qualità e quantità del contenuto gastrico, che ogni volta si estrae con la sonda gastrica. Si consideri bene il progresso della denutrizione dell'infermo; e sopratutto si tenga conto delle qualità e quantità delle urine. E non ultima dev'essere la considerazione dello stato miserando dell'infermo, la cui vita si consuma tra le più atroci sofferenze e le più dure privazioni. Ditemi voi, in queste condizioni come può evitare il medico a far ricorso alla chirurgia gastrica, quando si conoscono le statistiche, che con tanta esattezza sono pubblicate, e quando si è avuta l'opportunità, come io ho avuta, di vedere ridata

non dico la vita, ma tutta la floridezza della salute ad individui che erano ridotti agli estremi?

E permettetemi che, con la solita mia franchezza, vi dica che la ragione per cui dai medici non si consiglia facilmente l'opera del chirurgo, non è solo perchè s'ignorano i buoni risultamenti della chirurgia gastrica, o si ha grande fiducia nelle cure medicinali. Spesso si evita per l'incertezza diagnostica; e si teme, che il chirurgo, operando, possa smentire la diagnosi del medico. Innanzi tutto, per togliere questo, che io chiamerei dannoso pregiudizio l'esagerato amor proprio, giova aver presente, che, in questo genere di diagnosi, gli errori sono facili e si è errato, e grossolanamente errato, da sommi clinici, e dopo minuto e protratto studio dell'infermo. Ma quello che più importa si è che l'errore diagnostico non menoma l'efficacia del risultamento curativo, sicchè il sommo beneficio che l'infermo trae dalla cura chirurgica fa, direi quasi, dimenticare l'insuccesso diagnostico.

Quali possono essere questi errori diagnostici? Si è ammessa una stenosi per cicatrici di ulcere pregresse, e si è trovata, invece, senza alcuna traccia di ulcere, una pilorite o peripilorite; si è diagnosticato un processo iperplastico, nel piloro, e si trova invece qualche briglia peritoneale, che era cagione della stenosi con piloro sano; si è ritenuta una stenosi iperplastica, ed in suo luogo si trova una circoscritta ed oculare neoplasia pilorica: e dico, in ultimo come massimo insuccesso diagnostico, il chirurgo potrà trovare il piloro scevro e libero da qualsiasi affezione, e la grande dilatazione e la ritenzione gastrica essere la manifestazione di una ipercloridria permanente con ricorrente e più o meno duraturo spasmo pilorico. Ebbene, tutti questi insuccessi diagnostici si sono avuti, ma, non pertanto, il risultamento operativo è stato felice, perchè con l'atto operativo, indipendentemente dalla causa determinante, si è vinto il ristagno gastrico. E se il grande beneficio, che l'infermo ha in un caso è duraturo e completo, non per questo il medico, ad onta del rancore che può sentire per la inesattezza diagnostica, deve provare minore soddisfazione per il successo di un'operazione da esso indicata. E questa mia considerazione per voi giovani deve servire d'incoraggiamento. E ricordate, ed io ve lo ripeto fino alla noia che la sola ragione, che deve spingere il medico ad invocare l'opera del chirurgo, è l'incapacità dello stomaco a svotarsi, e l'inefficacia dei mezzi curativi adoperati.

Se sarà stato felice il medico nel diagnosticare la cagione del ristagno, nel riconoscere l'origine della dilatazione, nel precisare la natura della stenosi, tanto meglio, ed onore gliene venga.

Ed affinchè voi possiate valutare giustamente queste considerazioni pratiche, che io vi ho dette, è bene che vi cenni appena taluni fatti che la chirurgia gastrica, questa che io direi autopsia del vivente, ci ha luminosamente dimostrati. È la chirurgia gastrica, che ci ha dimostrato la frequenza dello spasmo pilorico e delle piloriti e peripiloriti consecutive a semplici alterazioni funzionali o del chimismo dello stomaco; è la chirurgia gastrica, che praticamente ci ha fatto vedere come, aperta una via libera al contenuto gastrico, col cessare del ristagno, si riduce la dilatazione; e quel che più monta, si modifica il chimismo gastrico, e se vi era ipercloridria permanente, questa rapidamente si modifica e finisce. E col modificarsi di questi fatti, si vede ritornare in pochi giorni l'appetito, finire le sofferenze gastriche, rendersi più abbondanti le orine, e modificarsi nella composizione. E così via via si vede riattivata la nutrizione, fino alla completa guarigione dell'infermo. E questo successo, a parte il solo caso di carcinoma, si suole avere in tutte le dilatazioni gastriche, sebbene con qualche leggera differenza, e con quelle modalità, che derivano dalla maggiore o minore difficoltà, che il chirurgo incontra nella tecnica operatoria ».

E ciò mi pare detto in modo molto chiaro.

*
* *

Un interessante lavoro ha pubblicato il Dott. Salvatore Tabozzi sugli *effetti del succo di capsule surrenali negli animali scapsulati* (*Morgagni,* N.° 3, 1900), eseguito nell'Istituto Anatomo-Patologico del Prof. L Armanni. Le conclusioni alle quali viene sono le seguenti: 1.° che l'estirpazione delle capsule surrenali, sia in un sol tempo, che ad intervalli, porta l'animale assolutamente alla morte in un tempo più o meno lungo a seconda della resistenza organica dello stesso; 2.° che dosi piccole di succo capsulare producono, fisiologicamente, disturbi respiratorii e circolatorii, ma non riescono mortali; 3.° che dosi più elevate producono la morte con aumento dei fenomeni respiratorii e circolatòrii e lesioni dei centri nervosi; 4.° che con iniezioni ripetute per un certo tempo di 20-30 centigr. l'animale non s'immunizza, come afferma il Cybulscki, ma esercitano un'azione cumulativa, producono la morte, come hanno visto pure il Corona ed il Moroni; 5.° che l' estirpazione di un sol rene succenturiato è compatibile con la vita, ipertrofizzandosi esso, quindi potrei dire con il Simmondo, che sono organi pari a funzione vicariante; 6.° che estirpando le capsule surrenali (in un sol tempo o ad intervalli) e facendo seguire l' iniezione di succo surrenale in qualunque dose, l'animale muore più presto di quando nessun trattamento fu adoperato; e che dosi piccolė ripetute non lo impedisce, ma esercita azione cumulativa; 7.° che sia il succo capsulare iniettato nell'animale normale in dose mortale, che i veleni circolanti dopo l'ablazione delle capsule surrenali, che l' iniezione di succo post e previo scapsulamento, esercitano un'azione sul sistema nervoso centrale, producendo quelle alterazioni di tanta importanza come è stato da me notato; 8.° che i sintomi respiratorii, circolatorii, nervosi e termici, presentati dall'animale in vista, potrebbero dipendere dalle alterazioni del sistema nervoso centrale e propriamente da ciascuna dei centri deputati a tali funzioni; 9.° che difficile mi è riuscito di dare un' esatta interpretaziona dei fenomeni verificatesi negli animali sottoposti all'esperimento.

Come si vede tutto ciò deporrebbe contro le operazioni sulle cassule surrènali.

*
* *

Ebbi già ad accennare alla *medicatura eseguita col bicarbonato di soda* traendo la notizia dal *Bulletin Médical*, Pagina 368 del 1900. Ora è il Dott. Smester che pure torna sull'argomento (*Gazzette hebdomadaire*, N.° 33) affermando di avere usata la soluzione del 2 per 100 in parecchie centinaia di ferite, patereccı, furuncoli, antraci, bruciature. Ma a poco a poco ha abbandonato l'uso della soluzione preferendo il sale allo stato secco, avendo resultati assai migliori. Egli afferma che il bicarbonato non irrita anche se si abusa nella quantità, ed avverte che prima di usarlo bisogna togliere bene il pus dall' impiagamento, perchè si formerebbe una corazza che impedirebbe lo scolo purulento. Se ciò non è possibile bisogna rinnovare la medicazione tutti i giorni, od in giorni álterni. È inutile aggiungere che alla medicatura conviene fare precedere un'accurata antisepsi con lavaggio, ed asciugare bene la ferita: è allora che applica il bicarbonato di soda ed al di sopra pone un leggero strato di ovatta.

Io non ho usato il bicarbonato di soda in polvere, ma ho adoperate le soluzioni, e posso affermare di essermene trovato contento abbastanza nel periodo di suppurazione; ma ho veduto però che prolungano di troppo la guarigione della ferita, in quanto le granulazioni divengono torpide e flaccide.

*
* *

Uno dei quesiti importanti che si agitano in terapia è quello dell' *assorbimento dell'iodio* per mezzo dei bagni. È importante la cosa, in quanto in chirurgia abbiamo molte affezioni che dall' jodio trarrebbero vantaggi notevolissimi. Tale assorbimento alcuni lo negano, altri lo ammettono. Gallard di Biarritz mi pare che tagli il nodo della quistione riferendo su taluni esperimenti, che riassume n questo modo (*Gazette hebdomadaire,* N.° 34).

« Ho sperimentalmente stabilito, egli dice, che la pelle degli animali viventi assorbe gli ioduri sciolti nell'acqua; ripetendo le esperienze sulla pelle dell'uomo vivente, ho cercato il loro modo di comportarsi nelle stesse condizioni.

Per rispondere fin dal principio a tutte le alterazioni, ho voluto sperimentare su delle superfici cutanee esenti da ogni lesione epidermica, che non presentavano nessun orificio mucoso, e provviste per tutta la loro estensione di glandole sebacee. Ho ottenuto questo risultato nel modo seguente: immergevo le braccia e l'avambraccio leggermente flesso, col gomito posato sul fondo del recipiente in una soluzione acquosa di ioduro di sodio al 5 per 100. Il recipiente conteneva circa 8 litri di soluzione. I bagni duravano 30 minuti e furono ripetuti per 20 giorni di seguito; la temperatura del bagno era di 36°. Durante questi 20 giorni la quantità di orina ha oscillato intorno ai 2 litri, ed in esse per dieci volte si è avuta la presenza dell'iodio.

Ecco i risultati delle analisi fatte:

	Iodio contenuto nelle orine emesse nelle 24 ore dopo il bagno in milligrammi
Dopo il 1.° bagno	0,066
» 2.° »	0,050
» 3.° »	0,066
» 5.° »	0,167
» 7.° »	0,333
» 10.° »	0,980
» 12.° »	1,900
» 15.° »	1,282
» 17.° »	1,928
» 20.° »	3,863

Ho voluto anche constatare la durata dell'eliminazione dell'iodio così assorbito, ed ho fatto, a partire dalle 24 ore che seguirono l' ultimo bagno l' esame delle urine emesse di 12 in 12 ore.

Ecco i risultati ottenuti:

Urine emesse	Volume c.c.	Iodio totale milligr.
Da 24 a 36 ore dopo l'ultimo bagno	800	1,282
Da 36 a 48 ore dopo l'ultimo bagno	1200	1,980
Nelle 24 ore passate da 48 a 72 ore dopo l'ultimo bagno	2100	0,333

Due fatti sono degni di nota in questi risultati: da un lato il modo di comportarsi dell'assorbimento per parte della pelle, che sul principio è quasi impercettibile e poi va mano mano aumentando; d'altra parte la lentezza dell'eliminazione, la quale starebbe a provare che l'iodio si accumula nei tessuti.

Per giudicare la parte che poteva essere dovuta all'assorbimento dei vapori di iodio, provenienti dalla dissociazione dell' ioduro di sodio, per parte della mucosa delle vie aeree, ho intraprese le seguenti esperienze: Per 20 giorni continuai a respirare naturalmente, per una mezz'ora al disopra di recipienti che contenevano la stessa soluzione di ioduro di sodio alla stessa temperatura, senza, ben s'intende, immergervi le braccia. Durante questo periodo, esaminai 5 volte le mie urine ottenendo i seguenti resultati:

	Iodio totale in milligr.
Dopo la 1.ª seduta	0,066
» 3.ª »	0,045
» 5.ª »	0,066
» 15.ª »	0,166
» 20.ª »	0,166

Anche in questo caso ho voluto cercare la durata dell'eliminazione, ed esaminando in due volte le urine emesse dopo la 15.ª seduta, ho trovato che le urine delle prime 12 ore (1500 c.c.) contenevano milligrammi 0,033 di iodio, vale a dire milligrammi 0,0047 %. Infine dopo la 2.ª seduta non ho più trovato di iodio nelle urine che furono emesse nel periodo delle 12 ore susseguite alle prime 24 ore. Bisogna dunque ammettere che se la mucosa delle vie aeree può assorbire un po' di iodio, la quantità che ne assorbe è veramente minima, e viene completamente eliminata nelle 24 ore, al contrario del vero accumulo che si effettua nell'assorbimento cutaneo.

Mi credo in diritto di formulare dalle mie esperienze, le conclusioni seguenti:

1.° La pelle dell'uomo (come quella degli animali) si lascia penetrare dagli ioduri sciolti nell'acqua; l'assorbimento, minimo in principio, va progressivamente aumentando, come lo prova l'aumento del iodio contenuto nelle orine.

2.° La quantità di iodio così introdotta non è tanto piccola da non essere presa in considerazione, e il modo lento con cui procede l'eliminazione, tende a provare che si ha un vero accumulo.

Non si possono invocare le vie respiratorie, perchè la quantità di iodio così assorbita è piccolissima, e viene eliminata nelle 24 ore.

*
* *

Lo studio della Chirurgia degli Ureteri è nel suo pieno incremento. Se ne occupa in un Articolo della *Gazzette hebdomadaire* (N.° 32) il Gosset, trattando della *anastomosi laterale ureter.ca.*

L'anastomosi laterale dell'uretere al rene, è stata praticata nelle pionefrosi in cui, o perchè la parte superiore dell'uretere è ristretta, o perchè nella parte alta della raccolta renale non è assicurato il deflusso della marcia. Trattandosi di lesioni suppurative bisogna sempre praticare la *nefrostomia preliminare*, che permette al chirurgo di derivare le urine alterate in modo che non abbiano da irritare continuamente l'uretere. che verrà così a trovarsi in migliori condizioni, per essere suturato alle pareti dell'ascesso renale.

L'operazione si esegue mettendo l'ammalato nella stessa posizione che per la *nefrotomia*, cioè sdraiato nel fianco sano, sostenuto da un cuscino.

L'incisione cutanea deve essere molto estesa, interessa la regione lombare e l'addome, decorrendo sulla sua parte inferiore parallela alla cresta iliaca ed all'arcata crurale. Nella porzione lombare si mette a nudo il rene, nell'addominale l'uretere.

L'uretere deve essere aperto per 12 millimetri; il rene si apre per la stessa lunghezza, poi le due aperture, quella del rene e quella dell'uretere, vengono suturate. Si comincia la sutura dai labbri posteriori, si mette in posto una sonda che dal rene percorra l'uretere fino in vescica, e poi si suturano i due labbri anteriori. Nei 5 casi operati da Albarran sono stati sufficienti da 8 a 10 fili. La sonda innestata nel rene e nell'uretere deve essere fissata in alto con un filo che l'attraversa e che fuoriesce dalla ferita lombare. La sonda non viene ritirata che dopo 18 o 20 giorni.

Quali saranno i resultati futuri di quest'operazione? Lo vedremo col moltiplicarsi dei casi; però pel momento la fiducia è scarsa.

30 Aprile 1900.

ANDREA CECCHERELLI.

RIVISTA SINTETICA

LA CURA DEL MAL PERFORANTE PLANTARE
collo stiramento dei nervi.

Le ulceri perforanti si osservano con una certa frequenza alla pianta deo piedi in corrispondenza della testa del primo e del quinto metatarso. I margini sono tagliati a picco e circondati da un orlo epidermico, il fondo è incavato nelli spessore del derma, ed ha un colore grigiastro o rosso sporco e secerne un po' di liquido purulento o siero-purulento. La sensibilità è completamente abolita nella parte centrale dell'ulcera, alla periferia è soltanto ritardata. Generalmente l'ulcera è accompagnata da turbe trofiche accessorie, quale produzione esagerata di lamelle epidermiche all'intorno, caduta dei peli completa, modificazioni della cute tali che al dorso del piede assume una tinta rossastra e presenta una superficie liscia e come inverniciata. Le unghie molto spesso sono rudimentali ed atrofiche o mancano. Le articolazioni falangee si presentano non di rado anchilosate. Ai piedi affetti si hanno sudori esagerati quasi profusi.

Duplay afferma che il mal perforante è sempre dovuto ad una nevrite periferica, e che non si può produrre senza alterazione dei filetti nervosi della regione ammalata, in altre parole è una lesione trofica (Durante). Del resto non è la sola manifestazione dello stesso ordine che s'incontra negli ammalati. Per parte della pelle si constata alcune volte una iperproduzione di epidermide, la quale produce delle squamme epiteliali che assumono l' apparenza della ictiosi; altre volte, al contrario, un ritardo nell'evoluzione dell'epidermide che si traduce nello stato liscio e come verniciato della pelle.

Gli annessi della pelle sono pure turbati nella loro nutrizione; i peli alcune volte sono più numerosi e più lunghi che allo stato normale, più spesso cadono e spariscono.

Le unghie presentano ordinariamente delle alterazioni nel colore e nella tessitura: sono giallastre, nerastre, striate trasversalmente, scabre, dure e ispessite in modo da presentarsi come dei veri coni: oppure colpite da atrofia cadono per riprodursi di nuovo, o scompaiono completamente e definitivamente. Nello stesso tempo il derma ed il tessuto sottocutaneó ha una certa tendenza a diventare fibroso, oppure al contrario presenta una notevole atrofia, in modo che a livello delle estremità ossee, come ad esempio a livello delle estremità dei metatarsi, questi non sono più ricoperti che dal derma, pure assottigliato e che facilmente si ulcera.

Il sistema vascolare è pure colpito tanto che alcuni autori hanno voluto veder l'origine del mal perforante in un'alterazione primitiva dei vasi: ma queste alterazioni che si presentano sotto forma di endoperiarterite, e di endoperiflebite, sono, come le precedenti, consecutive alla neurite (Leyars).

Infine tanto lo scheletro, che le articolazioni non sono risparmiate anche all'infuori del punto colpito dall'ulcerazione. E così all'infuori dell' osteite suppurata e della necrosi che si riscontrano nel punto corrispondente all'ulcera, si trovano su diverse parti dello scheletro del piede lontane da questo punto le lesioni dell'osteite condensante, l'anchilosi fibrosa delle articolazioni, e qualche volta la fusione di due estremità ossee articolari.

Insieme alle lesioni trofiche si osserva una serie di lesioni funzionali pure

dovute alla neurite, che qui riassumiamo. Le modificazioni sensitive vanno dalla semplice diminuzione alla perversione ed all'abolizione completa della sensibilità, che è colpita nelle sue tre modalità, al contatto, alla temperatura, al dolore.

Alcune volte quest'affezione è accompagnata da dolori spontanei molto intensi, e da zone di iperestesia. La secrezione del sudore spesso è esagerata, e questa ipersecrezione è dovuta a turbe vasomotrici, che frequentemente si manifestano con un colorito cupo della pelle.

Da quanto si è esposto risulta che il male perforante non è caratterizzato soltanto dall' ulcerazione, ma è rappresentato dalla seguente triade sintomatica: 1.° ulcerazione, 2.° lesioni d'ordine trofico, 3.° turbe della sensibilità.

*
* *

Dal punto di vista etiologico bisogna distinguere il male perforante plantare sintomatico, dall'idiopatico.

Il male perforante sintomatico corrisponde ai casi nei quali l'affezione è una conseguenza manifesta di una lesione anteriore diretta od indiretta del sistema nervoso. Citerò per esempio le ferite dei nervi dell'arto inferiore, ed in particolare le ferite dello sciatico; le ferite, compressioni od affezioni qualunque del midollo o dei suoi gangli; infine le malattie del cervello, come la paralisi generale. L'affezione può anche essere il risultato di un'intossicazione generale dell'organismo come il diabete, l'alcoolismo, l'avvelenamento da mercurio che esercitano un'azione più o meno diretta sul sistema nervoso.

Il male perforante si mostra come conseguenza di cause diverse che agiscono direttamente sopra le estremità terminali dei filamenti nervosi. Si vede seguire ai geloni, ai raffreddamenti, alle ustioni, ed anche alle contusioni più o meno intense ma ripetute a lungo. Può anche sopravvenire a delle ferite piccole ma infette, e si citano parecchi casi di mal perforante cagionati dalla puntura di un chiodo. L'azione di queste differenti cause ci spiega il predominio della malattia nei carrettieri, sterratori, ecc., in una parola nelle professioni in cui il piede mal protetto da calzature grossolane, è più esposto all'azione dei diversi agenti esterni.

*
* *

La prognosi del mal perforante è molto seria, in ragione della sua tendenza a persistere, e del suo andamento progressivo: persistenza e progressione che si spiegano colla neurite che ne è la causa. Tuttavia si sono osservati dei casi di guarigione dovuti evidentemente alla rigenerazione di parte del nervo ammalato (Duplay).

*
* *

Fino a questi ultimi tempi la terapia del mal plantare si mostrava ben poco efficace. La maggior parte dei chirurghi applicavano un intervento più palliativo che curativo, cercando di favorire la guarigione coll'applicazione di topici eccitanti ed antisettici, coll' asportazione delle parti cornee, col raschiamento delle ulcerazioni, col riposo. In certi casi l'intervento operatorio trovava l'indicazione nella profondità delle lesioni estese all' osso ed alle articolazioni; si era così indotti ad amputare il dito ammalato e qualche volta anche ad amputare una parte del piede.

Ma perchè l'amputazione porti l'effetto desiderato è necessario che sia fatta al di là dei limiti della nevrite, e questi limiti non si possono determinare prima dell' operazione. Per questo non ci deve far meraviglia se vediamo ricomparire l'ulcerazione in un punto più o meno vicino alla cicatrice d'amputazione.

Eravamo ridotti nel trattamento del mal plantare all'impiego di mezzi aleatori, quando cinque anni fa lo Chipault ebbe l'idea razionale di ricorrere contro ubest'affezione allo stiramento dei nervi plantari.

L'allungamento dei nervi è un'operazione di data relativamente recente. Nel 1858 Harless ed Hober ne studiarono per primi gli effetti, ed Hauser nel 1861 attirò l'attenzione sui vantaggi che poteva presentare. Ma fu il Nussbaum che per primo lo praticò nel 1873 di proposito deliberato per una contrattura con paralisi dell'arto superiore da causa traumatica. Il successo ottenuto dal chirurgo di Monaco indusse i chirurghi a seguirne l'esempio: e così dopo quest'epoca le osservazioni si moltiplicarono. L'allungamento dei nervi venne sperimentato in numerose malattie, e così nelle nevralgie, nelle contratture, nelle paralisi, ed anche per combattere i dolori folgoranti della tabe. Dopo diversi eccessi venne la reazione, e lo stiramento dei nervi cadde in discredito.

Chipault, prima di tentare questo nuovo metodo di cura delle ulceri perforanti, istituì delle esperienze sugli animali; da queste esperienze risultò, che lo stiramento dei nervi favorisce la cicatrizzazione delle ulceri sia spontanee che provocate.

Ci resta da vedere in che cosa consista questa operazione, e quale è lo scopo che ci proponiamo nell'eseguirla. Ordinariamente lo stiramento si pratica sottoponendo il nervo ad una distensione sufficiente a rompere i tubi nervosi, ma incapace di lacerarne la guaina. A questo scopo alcuni chirurghi si limitarono a sollevare il nervo sopra una sonda scanalata; altri esercitano col dito curvato ad uncino una trazione molto energica: infine alcuni nello stiramento dello sciatico non hanno temuto di tirare sul tronco nervoso fino a sollevare l'arto dal letto. Alcuni hanno associato allo stiramento lo schiacciamento del nervo. Il nervo viene sollevato nella sonda, o sopra qualche altro strumento resistente, ed i tubi nervosi sono schiacciati su questo sostegno. Quest'operazione prende il nome di *neurotripsia*. In questi ultimi anni Delageniere e Gerard-Marchand hanno praticata un'operazione meno brutale, cioè la dissociazione (Hersage) del nervo. Il nervo messo a nudo per una certa estensione è dissociato secondo la direzione dei tubi nervosi con uno strumento smusso qualunque; sonda scanalata, o pinza emostatica; benchè molto differente dallo stiramento la dissociazione agirebbe nello stesso modo.

Come agisce lo stiramento? Che effetti porta sopra i tubi nervosi? Questi quesiti non sono definitivamente sciolti: sembra che gli effetti dello stiramento sul sistema nervoso siano molteplici e di natura diversa. Innanzi tutto qualche dato istologico positivo ci è stato fornito dall'esperimento; le ricerche di Latteux, e quelle più importanti di Quinquaud hanno dimostrato che lo stiramento determina nel tronco nervoso le stesse lesioni che la sezione incompleta del nervo, vale a dire che i tubi nervosi, secondo Latteux i superficiali soltanto, in totalità secondo Quinquaud, presenterebbero al disotto del punto stirato dapprima le lesioni della degenerazione di Waller, seguite ben presto da un lavoro di rigenerazione. La dissociazione, secondo Marty, agirebbe nello stesso modo limitando la sua azione solamente a quei filamenti nervosi che hanno subita l'azione distruttiva dell'operazione. In tutti i casi, dopo la degenerazione i tubi nervosi si rigenerano. Lo stiramento esercita dunque un'azione manifesta sulla nutrizione dei nervi. Ma inoltre pare che la sua influenza si estenda fino ai centri nervosi, come hanno stabilito le ricerche di Laborde, Brown-Sequard e Quinquaud. L'arto posteriore destro di un cane che aveva perduto completamente la sensibilità in seguito a causa traumatica, la riacquistò in seguito allo stiramento praticato sullo sciatico dell'altro lato. In questo esperimento la sensibilità non si è potuta ripristinare che coll'intermediario dei centri nervosi, o più precisamente coll'intermediario del midollo spinale, prova evidente dell'influenza che l'operazione esercita su questo centro. Quinquaud ha chiamato questo fenomeno trasmissione della sensibilità per irritazione.

Il metodo operatorio da seguirsi per praticare questo trattamento è facile.

Seguendo le regole indicate per la legatura dell'arteria tibiale posteriore, si procede alla ricerca del nervo tibiale posteriore dietro il malleolo interno. Il

nervo che accompagna l' arteria, è messo a nudo e separato dai vasi; isolatolo per la lunghezza di due o tre centimetri lo si solleva con una sonda al disopra del livello della ferita. Si è eseguito lo stiramento su di una sola delle branche del nervo tibiale posteriore, cioè sul nervo plantare interno o sul nervo plantare esterno, ma per l'estensione della neurite è sempre meglio agire sistematicamente sul nervo tibiale posteriore.

Come incidenti consecutivi allo stiramento dei nervi nel male perforante si è avuto: in un caso anestesia del piede per più di un mese; in un altro qualche fitta dolorosa nel decorso del nervo tibiale posteriore e delle sue branche. In conclusione un solo accidente serio è da temersi, e cioè la rottura totale del nervo: ma questo accidente si può facilmente evitare operando senza brutalità.

*
* *

Dal 1894 ad oggi gli ammalati operati sono più di 50. Le ulceri perforanti così trattate erano di natura diversa; 17 in tabetici o siringomielitici; 8 in alcoolizzati; 4 in diabetici; 9 consecutive a geloni; 11 a lesioni traumatiche, a piaghe infette, o ad indurimenti della pianta dei piedi.

I risultati sono i seguenti:

Dal punto di vista dei risultati primitivi si sono avuti 49 successi; 3 volte soltanto l'ulcera non è cicatrizzata dopo l'intervento. 24 volte la cicatrizzazione è avvenuta per seconda intenzione, in qualche settimana, con due o tre medicature, 21 volte si è avuta riunione per prima intenzione con una medicatura unica. Non c'è stato bisogno che di togliere i fili di sutura come se si trattasse di una ferita chirurgica qualunque, essendo già saldati i margini dell'ulcera.

In quanto ai risultati remoti 5 ammalati sono stati seguiti per più di due anni, 16 più di un anno, 9 più di sei mesi. In questi trenta casi benchè si trattasse di poveri operai costretti a lavorare subito dopo la cura, non si sono avute che 6 recidive. Questi risultati sono eccellenti, tanto più quando si pensi che le ulceri perforanti trattate con questo metodo avevano resistito ad ogni altra cura. Sopra 32 operati di Chipault, 17 erano stati curati da lui per diversi anni coi mezzi soliti. Di tanto in tanto erano abituati ad andare all' Ospedale per riposarsi una quindicina di giorni e farsi scucchiaiare l' ulcera. Uscivano guariti e poi alle prime fatiche ritornavano all'Ospedale. Chipault afferma che questi ammalati da dopo che furono trattati col suo metodo stanno completamente bene, e le ulceri non sono più recidivate.

Oltre questa statistica, sono state riferite alcune osservazioni molto dimostrative. In un caso di Chipault lo stiramento del nervo plantare interno determinò la cicatrizzazione di un'ulcera perforante del dito grosso, ma non impedì la comparsa di una nuova ulcera perforante sotto il dito mignolo, che guarì soltanto collo stiramento del nervo plantare esterno. Tuffier in un ammalato affetto da ulceri nei due piedi praticò lo stiramento dei nervi in uno solo, e questo benchè fosse il più ammalato guarì, mentre l'altro rimase stazionario.

Il caso riferito dal Finet ha poi il valore di un'esperienza. In un ammalato affetto da due ulceri perforanti l'una sotto il dito grosso l'altra sotto il mignolo, curò e medicò le due ulceri, ma, per errore, non praticò lo stiramento che del nervo plantare interno. L'ulcera sotto il pollice guarì mentre l'altra rimase stazionaria, e non cicatrizzò che sei mesi dopo, quando venne praticato lo stiramento del nervo plantare esterno.

Aurelio Cordero.

VENTINOVESIMO CONGRESSO

DELLA

SOCIETÀ TEDESCA DI CHIRURGIA

tenutosi in Berlino dal 18 al 21 aprile 1900.

CZERNY (di Heidelberg). — **Cura dei cancri inoperabili.** Si possono alleviare i malati dalle loro sofferenze mediante la gastro-enterostomia, la entero-anostomia e la colostomia per i neoplasmi dell'intestino. Va notata altresì la legatura delle arterie afferenti nei casi ad esempio di tumori del corpo tiroide ed il raschiamento nei tumori dell'utero. Dopo il raschiamento venne trovata utile l'applicazione di striscie di garza imbevute in una soluzione concentrata di cloruro di zinco: nella maggior parte dei casi la putrefazione e l'emorragia vengono così allontanate per un tempo più o meno lungo. La cauterizzazione con il cloruro di zinco applicata al collo e alla faccia presenta alcuni pericoli in causa dei grossi vasi situati in queste regioni e deve essere adoperata con estrema prudenza. Non si deve raccomandare questa pratica nei casi che si possono trattare col bisturi, tuttavia vi si può ricorrere nei malati che presentano ripetute recidive ed in quelli ove un intervento cruento non offre alcuna probabilità di successo.

L'O. cita ancora come caustici la formalina e l'arsenico. Possono venire utili i differenti antisettici applicati sulle ulcerazioni sia sotto forma di compresse umide, sia in polvere o in unguento.

L'opoterapia tiroidea e l'ablazione delle ovaie allo scopo di impedire l'accrescimento dei neoplasmi maligni ha dato finora risultati tutt'altro che confortanti; si è tentata anche la guarigione di certi tumori maligni per mezzo dell'eresipela. L'O. propugna infine l'idea di fondare degli ospedali per i cancerosi.

KRÖNLEIN (di Zurigo). — **Risultati della cura operatoria del cancro del retto.** — L'O. comincia col far notare che i chirurghi tedeschi da venti o trent'anni hanno preconizzato le operazioni radicali a proposito del cancro del retto. A questo modo però si sono fatte molte obiezioni riguardanti l'alta mortalità, i risultati lontani poco incoraggianti ed infine il cattivo funzionamento dell'ano contro natura creato da alcuni processi operativi. L'O. ha riuniti 881 casi ed ha trovato che la mortalità operatoria media è del 20 % e le cause di morte sono date o da infezione o da collasso cardiaco o da affezioni polmonari post-operatorie. I processi operatori si possono classificare in due grandi gruppi, il primo, secondo il quale l'estirpazione del neoplasma è praticato direttamente, comprende le differenti operazioni perineali di Lisfranc, Dieffenbach, von Volkmann, Socin; il secondo comprende il metodo di Verneuil e Kocker che proposero l'escisione del coccige e quello di Kraske che indicò la resezione del sacro. L'O. ha trovato che si ha un periodo di tre anni senza recidiva dopo l'operazione nel 14,8 % dei casi ma ritiene che questa cifra sia inferiore alla realtà. Crede che non si dovrebbe operare nei casi dove la vescica e l'uretra sono già infiltrate dal neoplasma; in quanto al funzionamento ulteriore dell'ano ha constatato che nel 30 % si ha un funzionamento perfetto, nel 60 % una continenza relativa e nel 10 % incontinenza. Si sono ottenuti questi risultati relativamente favorevoli rispettando quanto più era possibile l'estremità anale del retto e lo sfintere rettale.

REHN (di Francoforte sul Meno). — Usa il seguente metodo:

Egli fa l'incisione anteriore di Dieffenbach penetrando tra i due muscoli elevatori dell'ano ed esamina i rapporti del neoplasma con le vie orinarie. Se non trova aderenze estese, nel qual caso si astiene da una operazione radicale, pratica un'incisione posteriore facendo lo scollamento mediante il dito. Fatto questo, tira il retto fortemente verso il basso incidendo, secondo il bisogno, i foglietti del mesentere e praticando la legatura delle arterie emorroidarie superiori, termina finalmente l'operazione con l'ablazione del tumore e con la fissazione dell'estremità intestinale superiore allo sfintere anale. La cura ideale consisterebbe nella escisione del neoplasma e nella sutura dei due capi del retto, ma siccome questa sutura è lungi dall'essere solida, è preferibile di tirare sufficientemente l'intestino verso il basso per fissarlo al margine dell'orificio anale.

HOCHENEGG (di Vienna). — Descrive il suo processo: Egli leva sempre il coccige e

la parte inferiore del sacro, isola subito il retto con la sua guaina di connettivo aprendo la cavità peritoneale in modo da poter mobilizzare sufficientemente il tumore. Poi sutura il peritoneo avanti di sezionare l'intestino, in quanto alla porzione anale si sforza di conservarla, la ripiega all'infuori, immette il capo superiore dell'intestino nell'orificio anale e pratica la sutura circolare. Se non si può fare in questo modo leva la mucosa anale per fissare il capo intestinale superiore all'ano col mezzo di una sutura. Infine quando quest'ultima manovra non è possibile senza una troppo forte tensione del capo superiore, stabilisce l'ano contro natura nella regione sacrale. Sopra 62 casi curati con la sutura dei due segmenti del retto, l'O. non ha avuto che un decesso.

L'ano contro natura in corrispondenza del sacro costituisce un inconveniente al quale i malati s'abituano facilmente, purchè siano muniti di un apparecchio otturatore ben costruito. In caso di recidiva conviene limitarsi alla semplice colostomia. Sopra 121 operazioni ha avuta una mortalità del 5 %.

Kraske (di Fribourg-en-Brisgau). — Raccomanda il seguente processo: L'operazione comincia con la laparotomia, ciò che permette di riconoscere se il tumore è operabile o no. Se è operabile, si isola il colon al disopra del tumore, si pratica la doppia legatura e la sezione dell'arteria emorroidaria superiore, poi si scolla il retto ed il tessuto circostante nel piccolo bacino principalmente dal lato del sacro. Ciò fatto si tampona il piccolo bacino, si chiude la cavità addominale e si estirpa il neoplasma per la via sacrale impiantando il capo superiore in corrispondenza dell'orificio anale.

Steinthal. — Ha ottenuti dei buoni risultati nell'estirpazione dei cancri del retto tirandoli al davanti dell'orificio anale. Egli introduce per questo una sonda intestinale sopra la quale pratica la legatura elastica della parte prolassata del retto.

Schuchardt (di Stettino). — **Del metodo operatorio per l'estirpazione del retto e dell'S iliaca.** Si fa mediante lo scollamento del retto con una incisione perineale estendentesi fino al coccige e con la ablazione di quest'osso. L'O. pratica lo scollamento dapprima sopra la fascia posteriore, poi sopra la faccia anteriore dell'organo. In quanto alla vagina non la incide che nel caso che essa sia infiltrata dal cancro. Una volta eseguita l'ablazione del tumore si tira l'intestino tanto in basso quanto è possibile per fissarlo all'orificio anale.

Körte. — **Cura operatoria dei tumori maligni dell'intestino crasso.** Presenta 5 malati ai quali l'O. ha levato dei cancri dell'intestino crasso; dopo un tempo variabile dai tre agli otto anni e mezzo, essi non hanno presentata alcuna recidiva. Dopo aver parlato delle difficoltà della diagnosi, dichiara che il quesito dell'estirpazione radicale non può essere risolto nel più dei casi che dopo l'apertura dell'addome. L'intervento operativo deve consistere o nell'estirpazione radicale del neoplasma o in una anastomosi o nella colostomia. Crede che la resezione ileo-cecale sia un modo d'intervento più benigno che l'ablazione di un'altra parte di intestino crasso: egli ha praticato 12 di queste operazioni senza un solo decesso. Presenta le proprie statistiche sugli esiti dei varii modi di operazioni.

Von Mangoldt (di Dresda) presenta una donna curata di un restringimento della laringe con l'impianto di un frammento di cartilagine costale.

Von Stubenrauch presenta degli studi sperimentali e delle radiografie sulla trasformazione delle ossa all'epoca della pubertà sotto l'influenza del fosforo.

Franz König (di Berlino) parla dei progressi che si sono fatti nella tecnica operatoria delle operazioni articolari. Dice che bisogna circondarsi di alcune speciali cautele per garantire l'asepsi come quella di non introdurre mai le dita nell'articolazione e di adoperare sempre l'emostasi preventiva di Esmarch. Nelle operazioni su articolazioni infette, quando vi sono sintomi di un'affezione pioemica, rimpiazza i drenaggi con delle larghe incisioni, le quali non alterano la funzione ulteriore dell'articolazione. Presenta infine una malata, alla quale ha praticata la resezione dell'anca per artrite deformante.

Israel (di Berlino). — **Cura operatoria dei calcoli dei reni e degli ureteri.** I quesiti principali che possono presentarsi al clinico a proposito della litiasi renale sono i seguenti: Quali sono le indicazioni d'urgenza, quando l'operazione è indicata all'infuori dei casi di pericolo immediato e quali sono le controindicazioni. Come indicazioni d'urgenza bisogna comprendere prima di tutto i casi nei quali la vità è in pericolo sia in seguito di un'anuria calcolosa, sia per un'infezione renale acuta che minaccia di rendersi generale. Bisognerà ancora intervenire tutte le volte che esistono dei sintomi di ritenzione renale anche senza anuria essendo il tessuto glandolare distrutto a poco a poco da questo stato di ritenzione: come pure è indicato il pronto intervento nei casi

di emorragia renale sopratutto per ricercare se si tratta di un principio di cancro o di tubercolosi suscettibile di essere guarita con una operazione precoce. Quando i calcolosi non presentano sintomi così urgenti bisogna mettere a confronto i rischi dell'intervento ed i pericoli delle complicazioni alle quali espone l'aspettazione. L'O. crede che bisogni operare tutte le volte che si ha una complicanza per infezione, quando si hanno frequenti coliche nefritiche, quando esistono dei fenomeni a distanza e quando la palpazione permetta di constatare la presenza di calcoli in uno degli ureteri. È meglio di astenersi dall'operare nei malati che espellono ad intervalli dei piccoli calcoli arrotondati, giacchè questi si riformano continuamente ed il trattamento operatorio non sarebbe di alcuna utilità; viene dipoi esposta la tecnica della nefrolitotomia. In quanto alla nefrectomia, essa, secondo l'O., non è mai indicata come operazione primitiva e non deve essere mai fatta come intervento secondario se non quando la cura conservativa è restata senza risultato oppure quando si tratta di malati affetti da ematurie post operatorie gravi. L'ureterolitotomia isolata non deve essere fatta che allorquando la palpazione permetta di constatare la presenza del calcolo nell'uretere ed alla condizione che le orine non siano purulente: però questa estrazione isolata espone al rischio di lasciare dei calcoli nel bacinetto e sarà dunque meglio accòppiare la suddetta operazione alla nefrotomia. Nei casi di anuria calcolosa bisogna impiegare non più del tempo strettamente necessario nell'operazione, sopportando i malati difficilmente la narcosi. Talvolta è difficile il poter determinare in quale rene ha avuto luogo l'ultima crisi d'occlusione e dato che il bacinetto e l'uretere del lato operato siano trovati permeabili si deve immediatamente fare la medesima operazione dal lato opposto a meno che il malato non sia troppo debole per sopportare questa doppia operazione; nel qual caso si può aspettare all'indomani.

Lauenstein fa notare che la radiografia permette di riconoscere la presenza non solamente dei calcoli ossalici e urici, ma anche di quelli composti di fosfato e di carbonato di calce.

Barth dice di avere constatato dopo l'incisione della convessità del rene la gangrena del polo inferiore: attribuibile ad una lesione vascolare.

Israel riconosce che l'incisione del parenchima non è esente da qualche pericolo, ma crede che la gangrena e l'atrofia renale siano la conseguenza di suture troppo fortemente strette.

Braun (di Gottinga). — Fa la relazione di un caso d'emorragia renale grave sopravvenuta nove o dieci giorni dopo un'incisione esploratrice. Crede queste ematurie dovute a una leggera infezione della sutura renale.

Kümmel — **Esame delle funzioni del rene prima di operare su di esso.** Uno dei mezzi più sicuri per determinare la funzione di ciascun rene è certamente il cateterismo degli ureteri, ma vi sono altri metodi complementari assai utili. Vi è il dosaggio dell'urea che quando si abbassa al disotto di 16 grm. per giorno è segno di una insufficienza renale grave. Il metodo della congelazione del sangue è basato sul fatto che il punto di congelazione si abbassa quando questo liquido è carico di sostanze eliminate normalmente per i reni. Il punto normale di congelazione è 0°56; quando è sorpassato lo 0°58 esiste una insufficienza renale che controindica la nefrectomia. Vi è anche il metodo di congelamento dell'orina che deve essere fatto separatamente per i due reni per paragonare il valore funzionale dei due organi. Il limite compatibile con un buon funzionamento del rene sarebbe il grado 0°9.

Anschütz (di Breslavia) presenta un ammalato affetto d'estrofia vescicale con vescica rudimentale ed epispadia del pene, al quale von Mikulicz ha fatto l'impianto d'un segmento d'intestino tenue sulla mucosa vescicale.

Trendelenburg (di Lipsia) propone un metodo basato sul ravvicinamento delle due ossa iliache mediante una separazione artificiale dell'articolazione sacro-iliaca. L'O. dice che questo metodo gli ha dati eccellenti risultati, ma i malati non hanno mai potuto tenere le orine più di due ore, ciò che è dovuto probabilmente al fatto che le ossa iliache si allontanano di nuovo lentamente producendo una separazione dei tessuti in corrispondenza dell'uretra artificiale.

Von Mikulicz (di Breslavia). — Crede che il metodo di Trendelenburg sia insufficente allorchè il serbatoio vescicale è ridotto a delle dimensioni rudimentali come era nel caso del soggetto presentato.

Enderlen. — Espone le esperienze fatte per sapere ciò che diviene la parete intestinale impiantata in una perdita di sostanza della vescica. Ha potuto constatare nel cane che l'epitelio della mucosa intestinale si conserva intatto anche lungo tempo dopo la guarigione completa dell'operazione.

Reichel (di Chemnitz) presenta un uomo che è stato operato senza recidiva per condromi benigni del ginocchio d'origine traumatica.

Sudeck (di Amburgo) comunica degli studi fatti per mezzo di radiografie sulle diverse forme d'atrofia del sistema osseo.

Von Eiselsberg (di Königsberg) presenta un malato, al quale egli ha sostituito l'indice della mano destra perduto per una disgrazia col secondo dito del piede del medesimo lato. Il resultato plastico è stato eccellente.

Olshausen (di Berlino). — **Cura conservativa dei fibromiomi uterini.** L'O., raccomanda la conservazione di una o di ambedue le ovaia durante l'ablazione totale o parziale dell'utero per fibromiomi per evitare i sintomi penosi dovuti alla castrazione in donne ancora giovani. Nei fibromiomi della parte cervicale dell'utero ha impiantato il corpo dell'utero direttamente nella vagina dopo aver praticata l'ablazione del fibroma per la via addominale. Insiste ancora sulla utilità dell'enucleazione dei miomi, anche multipli. Le tendenze conservatrici devono manifestarsi anche nella scelta dei casi da operare.

Bessel Hagen (di Charlottenburg). — **Estirpazione della milza per splenomegalia.** Questa operazione dà ancora il 18 % di mortalità. In quanto all'estirpazione della milza malarica, la questione non è ancora risolta, ma crede l'O., che la mortalità operatoria diminuirà purchè si intervenga solo nei casi in cui è provato che l'ipertrofia è realmente dannosa alla salute del malato e così dicasi anche dell'ipertrofia idiopatica. Quest'ultima malattia crede di poterla avvicinare ad una affezione descritta in Italia e caratterizzata da una ipertrofia splenica accompagnata con cirrosi epatica. Non sarebbe impossibile che l'estirpazione della milza arrestasse la degenerazione del fegato. Presenta una donna affetta da questa malattia ed operata di splenectomia.

Brentano (di Berlino). — Mostra una ragazza primitivamente affetta da ulcera dello stomaco che essendosi perforata aveva dato luogo ad infezione e gangrena secondaria del pancreas. Esisteva una glicosuria di 2,5 %. Crede che i casi di necrosi del pancreas non devono essere operati in principio, ma solamente dopo la scomparsa dei primi sintomi violenti e quando si è formato un ascesso.

Bessel-Hagen presenta un'ammalata operata da lui di una cisti del pancreas che era ricoperta sopra tutta la sua estensione dallo stomaco ed evacuata attraverso di questo organo.

Kehr (di Halberstadt). — **Sulle recidive dopo le operazioni per calcoli biliari.** — Dichiara che in nessuno dei suoi operati l'O., ha osservato delle vere recidive, ma che nel 15 % di essi si sono avute delle pseudo recidive e cioè dei disturbi di differente natura provocati sia da dei calcoli lasciati involontariamente nelle vie biliari nella prima operazione, sia da aderenze, sia infine da ernie ventrali. La maggior parte delle complicazioni sarebbe evitata, se si potesse intervenire all'epoca in cui i calcoli non hanno ancora dato delle complicazioni secondarie. Visti i sintomi dolorosi e le recidive che seguono alla semplice colecistotomia, l'O. crede di doverla sostituire con la colecistectomia tutte le volte che la vescicola biliare è sede d'alterazioni infiammatorie.

Lobker (di Bochum). — Preferisce anch'egli la colecistectomia nella maggior parte dei casi di colelitiasi e dice di aver osservato nei propri operati un solo caso di vera recidiva. Crede che il drenaggio dei canali epatici in certi casi costituisca il complemento indispensabile della colecistectomia. In quanto alla cura delle complicazioni post-operatorie, la gastro-enterostomia è assai utile quando esistono delle aderenze.

Petersen (di Heidelberg). — Dice che la colecistectomia presenta l'inconveniente di privare l'operato d'un organo utile per la cura delle ostruzioni prodotte dai calcoli restati nelle vie biliari: infatti è più difficile rioperare questi casi dopo l'asportazione della vescicola.

Freudenberg (di Berlino). — **Risultati della cura dell'ipertrofia prostatica col metodo Bottini.** — Sopra un grande numero di operati si è potuto constatare che il numero delle guarigioni è presso a poco il doppio del numero dei casi semplicemente migliorati. In quanto alla manualità operatoria l'O. insiste sulla necessità di controllare la posizione dello strumento prima di cauterizzare, mediante un dito introdotto nel retto. È di grande importanza di non accontentarsi di successi incompleti, ma bisogna ripetere l'intervento due o tre volte facendo delle incisioni abbastanza lunghe e profonde e dividendo tutte le parti che possono concorrere a formare l'ostacolo. Come lunghezza le incisioni non passano generalmente 3 centim. ma possono arrivare in casi eccezionali fino a 5 centim.

Kümmel crede che il metodo Bottini meriti d'essere applicato anche se esso non è capace di guarire tutti i casi e che una parte degli insuccessi sia dovuta a insufficienza di tecnica.

ANGERER. — **Cura operatoria delle rotture dell'intestino per contusioni addominali.** — È della più grande importanza di fare la diagnosi tanto più presto che è possibile perchè se si attende che il malato presenti dei sintomi sicuri di rottura intestinale, si produce una peritonite mortale malgrado la laparotomia. La rottura intestinale si osserva sopratutto dopo un colpo localizzato prodotto da un corpo di volume limitato che comprime l'intestino contro la colonna vertebrale.

L'intensità iniziale dello shock non permette di giudicare della gravità del caso, la durata invece ha maggior valore e bisognerà intervenire tutte le volte che lo shock persiste per qualche ora mostrando d'aggravarsi. Un aumento progressivo della frequenza del polso indica sempre una rottura intestinale e allora si ha anche una respirazione généralmente superficiale. I vomiti e il dolore progressivo sono sintomi di grande valore. Uno dei segni più preziosi è la contrazione dei muscoli addominali: essa manca nella maggior parte dei casi di semplice contusione della parete addominale: la peristaltica intestinale é sospesa durante le prime ore, così avviene talvolta dell'escrezione orinaria. Essendo pericolosa l'aspettazione, l'O. crede che l'intervento operatorio debba essere praticato in tutti i casi dubbi: non si esiterà ad operare anche durante lo stato di shock. Sarà preferibile di fare subito un'ampia incisione per rendersi conto dello stato dell'intestino e sarà indispensabile di esaminare l'intestino in tutta la sua lunghezza: nei casi di peritonite si faranno dei grandi lavaggi con una soluzione fisiologica di cloruro di sodio. Le ferite longitudinali saranno riunite mediante suture trasversali. In casi di contusione l'O. preferisce la resezione trasversale del segmento leso impiegando, secondo il bisogno, il bottone di Murphy. Se il malato si trova in uno stato grave di collasso si può fare un ano contro-natura per praticare la resezione intestinale più tardi.

LAUENSTEIN (di Amburgo). — Riferisce le osservazioni di un certo numero di feriti, nei quali dopo la sparizione dei sintomi iniziali gravi, si notarono delle suppurazioni provenienti probabilmente da contusioni dell'intestino con perforazione secondaria.

PERTHES (di Lipsia). — Per la diagnosi differenziale tra peritonite ed emorragia intra-addomiale consiglia di determinare la pressioue arteriosa con l'apparecchio di Riva-Rocci giacchè la suddetta pressione nei casi di emorragia presenta una diminuzione progressiva.

VON BERGMANN (di Riga). — **Entero-anastomosi nei casi di volvolo.** Nell'occlusione intestinale prodotta da torsione la resezione è talvolta impraticabile essendo compromessa la nutrizione del tubo intestinale per un'estensione troppo grande: è meglio allora ricorrere alla semplice entero-anastomosi. L'O. preferisce la sutura intestinale al bottone di Murphy avendogli questo procurato qualche insuccesso. Porta poi la statistica delle proprie operazioni.

STEINTHAL. — **Cura della torsione dell'S iliaca con la resezione intestinale.** Riporta l'osservazione di un caso di volvolo dell'S iliaca che recidivava assai frequentemente. Perciò l'O. dovette decidersi a fare la resezione, ciò che portò una guarigione completa.

ZOGE VON MANTEUFFEL, fa osservare che le indicazióni operatorie nei casi di torsione dell'S iliaca sono differenti secondo la disposizione anatomica del mesentere di quest'ansa, il quale può presentare diverse varietà.

CREDÉ (di Dresda). — **Processo semplificato d'anastomosi del tubo digerente.** Preferisce la gastro-enterostomia posteriore e per applicare la parete posteriore dello stomaco contro la parete intestinale si serve di placche di argento, le quali finiscono per provocare in un tempo dai cinque agli otto giorni la gangrena del segmento di pareti intestinali e stomacali compreso tra di esse. Le placche così cadono e sono eliminate per l'intestino. Questa eliminazione viene facilitata dal peso di un'oliva d'argento attaccata ad una delle placche.

LINDNER e KRONLEIN preferiscono la sutura agli apparecchi anastomotici sembrando quella più sicura e così pure von Häcker crede che non vi sia alcuna ragione per abbandonare il suo metodo.

KEHR. — **Cura del restringimento cicatriziale del piloro.** Porta l'osservazione di una ammalata alla quale si era dovuta praticare la gastroenterostomia tre volte per un restringimento cicatriziale del piloro, riapparendo continuamente i sintomi di stenosi. Ha fatto inoltre due gastroenterostomie per stenosi congenite del piloro in due bambini dopo otto e nove settimane dalla nascita.

LÖBKER. — Dimostra come il restringimento congenito del piloro presenti un quadro clinico tipico, il solo trattamento che convenga è la gastroenterostomia che l'O. ha praticato in due casi.

Körte. — **Ulcera del digiuno dopo una gastroenterostomia.** Presenta i pezzi anatomici tolti da un soggetto stato operato di gastroenterostomia e che morì improvvisamente tre anni dopo di peritonite fulminante per un'ulcera del digiuno e che l'O. crede sia dovuta alla disposizione patologica che aveva già determinata una precedente ulcera dello stomaco. Steinthal porta un caso consimile nel quale crede che l'ulcera del duodeno sia stata data da degenerazione delle pareti vascolari.

Petersen. — **Occlusione intestinale dopo la gastroenterostomia.** Ha osservato in 3 casi il passaggio di una o più anse intestinali tra la porzione pilorica dello stomaco e la parte superiore dell'ansa duodenale fissata allo stomaco. Crede, come causa di questo, la posizione difettosa che si dà all'ansa intestinale quando si applica il bottone di Murphy: si dovrà in avvenire accorciare l'ansa duodenale per rendere il passaggio dell'intestino più difficile. Non crede che l'applicazione del bottone di Murphy sia cosa più facile del fare una sutura, consistendo i suoi vantaggi più nella rapidità che nella facilità dell'applicazione.

Sprengel — **Cisti congenite della parete intestinale come causa d'invaginamento.** — In una ragazza che da quattro anni presentava delle crisi intestinali dolorose, l'O. praticò, per togliere definitivamente l'invaginamento, la resezione dell'intestino. Osservò l'esistenza di una cisti tappezzata di mucosa intestinale presso la valvola di Bahuin. Hochenegg riporta un caso consimile.

Braun. — **Dei tumori infiammatori dell'epiploon.** Nota come esista una affezione infiammatoria cronica dell'epiploon che simula sovente dei tumori voluminosi: questa epiploite è caratterizzata da un vivo dolore, si nota una resistenza estesa e talvolta si hanno sintomi di restringimento intestinale. Si osserva specialmente dopo la resezione dell'epiploon durante la cura radicale delle ernie.

Friedrich. — **Effetti della resezione dell'epiploon e del mesentere.** Ha potuto constatare che la resezione dell'epiploon produce regolarmente nella cavia dei focolai di necrosi ischemica o emorragica nel fegato e talvolta delle emorragie e delle ulceri della mucosa stomacale. Si tratta probabilmente d'embolie lanciate nella circolazione della vena porta e capaci di disturbare la nutrizione di certe parti del fegato e della mucosa stomacale.

Grosse. — **Innesto osseo per pseudartrosi della tibia.** Riporta l'osservazione di una pseudartrosi della tibia guarita da Bramann per mezzo dell'impianto d'un frammento osseo tolto da una tibia umana di recente amputata e sterilizzato con l'acqua bollente.

Gottstein (di Breslavia). — **Fonazione dopo l'estirpazione della laringe.** Presenta un malato al quale fu estirpata la laringe per cancro e nel quale ha utilizzata la faringe per la fonazione: ciò si spiega per il fatto che il malato si serve del suo esofago e della sua faringe come serbatoi d'aria: si osserva a livello della cicatrice faringea una intumescenza manifesta ogni volta che l'individuo si accinge a parlare.

Friedrich mostra una donna affetta da edema doloroso della mano che era stato inciso quarantacinque volte essendo sempre stato preso per un flemmone.

Lexer (di Berlino). — **Dei tumori teratoidi della cavità addominale e loro cura operatoria** Bisogna distinguere tre categorie di tumori: la prima comprende le cisti dermoidi formate per un'invaginazione dell'ectoderma al momento della chiusura della cavità addominale. Un secondo gruppo è costituito dalle cisti dermoidi provenienti dai resti del canale di Wolche si riscontrano di preferenza nella regione lombare ed hanno una localizzazione retroperitoneale. La terza categoria è costituita da tumori più complessi che presentano tutte le fasi d'organizzazione fino all'inclusione fetale completa. In quanto alla cura operatoria, i risultati sono stati fino ad ora assai mediocri. Narra un caso operato felicemente nella clinica del Bergmann.

Hoffa. — **Cura del torcicollo muscolare.** Consideriamo come vi sono degli ammalati che dopo la tenotomia recidivano: crede preferibile la resezione parziale del muscolo sterno-cleido-mastoideo. Presenta tre individui operati in tal modo felicemente.

Trendelenburg. — Fa notare come la tenotomia dia risultati durevoli quando si sezioni lo sterno-cleido-mastoideo con la sua guaina aponevrotica in luogo di limitarsi alla semplice sezione della porzione sternale del muscolo.

Riese (di Berlino). **Eziologia della flebite dei seni della dura madre.** Racconta come abbia avuto l'occasione di osservare di recente due casi di flebite dei seni della dura madre consecutivi ad infezione per estrazione di denti.

Sarwey (di Tubinga). **Ricerche sulla disinfezione delle mani.** L'O. insieme a Paul ha fatto ricerche dapprima sulla semplice lavatura con l'acqua calda, il sapone e

la spazzola: ha constatato che con questo solo mezzo è impossibile di ottenere la sterilizzazione. È stato trovato anche insufficiente il processo di Schleich col sapone alla polvere di marmo, come pure i metodi di Mikulicz della tintura di sapone e di Ahlfeld del lavaggio energico per cinque minuti e della disinfezione per altri cinque minuti con alcool a 96.°

WOLLBRECHT raccomanda la soluzione di sapone all'olio di coco nell'alcool a 97°. Krönig crede che una vera sterilizzazione non si possa avere che mediante i preparati mercuriali.

BUNGE (di Kenigsberg). — **Patologia e cura delle differenti forme di gangrena delle estremità inferiori.** L'O. ha fatto l'esame istologico di tutti i casi di gangrena spontanea, senile e diabetica che gli si sono presentati ed ha potuto convincersi che il punto di partenza dell'occlusione arteriosa è sempre una placca d'arteriosclerosi localizzata in vicinanza dello sbocco delle branche secondarie. Queste placche restringono il lume dell'arteria, la gangrena non sopravviene però che quando l'endoarterite si complica con la formazione del trombo, che localizzato dapprima a livello delle placche arteriosclerotiche, s'estende poi a gran parte del vaso. In quanto alla cura, crede che l'amputazione debba essere assai precoce. Come sintoma attribuisce un grande valore all'apparizione di un dolore intermittente durante il cammino e alla scomparsa o alla diminuzione d'intensità delle pulsazioni della pedidia. Quando si osservano questi segni è consigliato lo joduro di potassio.

KÖLLIKER (di Lipsia). — **Neuromi d'amputazione.** Presenta due neuromi d'amputazione estirpati ad un malato che soffriva di nevralgie in corrispondenza dei nervi sezionati. L'O. crede che le nevralgie fossero date non per la sola presenza di questi nevromi, ma perchè avevano aderenze l'uno a dei muscoli, l'altro a un'arteria.

PAYR (di Gratz). — **Sutura dei vasi e dei nervi.** L'O. ha esperimentato con dei tubi di magnesio provvisti di una scanalatura circolare: questi tubi si dissolvono nell'organismo. Introduce uno dei tubi nell'estremità periferica dell'arteria sezionata, poi ripiega l'estremità di questa arteria sul tubo fissandola per mezzo di una legatura. Fa scivolare allora il capo centrale dell'arteria sopra il capo periferico praticando una nuova legatura. Ha applicato questo metodo con un successo completo per la riunione dei tronchi nervosi.

BEHR (di Annover). — **Della coxa vara.** Crede che l'etiologia non si debba attribuire esclusivamente alla stazione eretta con estensione completa del femore ma che degli sforzi esercitati sopra il femore nella posizione di flessione più o meno completa possano ugualmente dare l'abbassamento del collo femorale e sopratutto la rotazione della testa in dietro.

WOHLGEMUTH (di Berlino). — **Patologia e cura della frattura della grossa tuberosità dell'omero.** Crede che questa frattura sia preceduta dalla lussazione della spalla e sia la conseguenza di un movimento di leva dell'omero, essendo l'orlo della cavità glenoidea il punto d'appoggio, la tuberosità il piccolo braccio ed il corpo dell'omero il braccio lungo della leva. La cura deve avere per fine d'evitare la consolidazione viziosa della frattura: la posizione migliore è l'abduzione con rotazione in fuori. Può essere necessaria la cura operatoria consistente o nella fissazione della tuberosità al suo posto normale, o l'ablazione nei casi vecchi quando ha presa una cattiva posizione.

MOST (di Breslavia). — **Topografia degli ascessi ganglionari retrofaringei.** Ha potuto constatare che si trova da ciascun lato un ganglio tra la parete posteriore della faringe e la colonna vertebrale; questi gangli sono il punto di partenza degli ascessi retrofaringei. Ha trovato inoltre dei gangli assai piccoli nella medesima regione, ma avvicinantisi dippiù alla linea mediana; i quali si atrofizzano ad una certa età.

LEXER presenta un malato affetto da una fessura mediana congenita del naso e da anomalie dell'occhio destro e del lato destro del mascellare superiore dovuti ad aderenze amniotiche.

GÖPEL mostra dei tralicci in filo d'argento destinati ad essere fissati sugli orifici erniari per impedire le recidive.

BESSEL HAGEN propone per la cura delle ernie ombellicali e della linea alba un processo che consiste nel formare in corrispondenza dei due muscoli retti un lembo muscolare che si fissa sull'orifizio erniario per mezzo d'una sutura.

VON EISELSBERG. — Comunica una serie d'osservazioni relative ad interventi per restringimento del piloro ed a stenosi consecutive all'ingestione di sostanze tossiche.

RENDICONTI DI ACCADEMIE E SOCIETÀ

Italia.

Associazione Sanitaria Milanese.

Seduta del 19 *aprile* 1900. — Pisani porta un contributo alla *cura dell'ipertrofia prostatica colla dieresi termogalvanica.* Afferma che è un metodo di facile esecuzione, innocuo, che può venire ripetuto parecchie volte, è eminentemente emostatico ed antisettico, non richiede la narcosi generale. Ne ha eseguite nove.

Garino parla *sulla degenerazione delle cisti da echinococco.* Dice che nel contenuto notò la presenza di un sacco, capace di svilupparе fuori dell'organismo sui mezzi artificiali di cultura ed anche nel liquido limpido estratto dalle cisti non degenerate. Fra le cause, tuttora oscure, della degenerazione, sarebbe pertanto da annoverarsi la presenza di questo microrganismo, il quale qualche volta viene isolato anche in cisti a contenuto perfettamente limpido.

Società Medico-Chirurgica di Modena.

Seduta del 16 *marzo* 1900 — Baccarani fa una comunicazione sulle *ricerche sperimentali sull'azione del cloroformio sul sangue* venendo a queste conclusioni: 1.° Il peso specifico del sangue non si modifica nella narcosi leggera: aumenta in alcune specie di animali, diminuisce in altri, se è protratta e profonda. 2.° L'alcalinità in toto subisce una leggera diminuzione. 3.° Il numero dei globuli rossi diminuisce, ma non sempre nella stessa proporzione. Tale diminuzione, coeteris paribus, è in rapporto inverso all'iperesotonismo del siero animale. 4.° Il numero dei globuli bianchi si fa maggiore e tale aumento è più specialmente dei vasi periferici. 5.° Non si rilevano differenze apprezzabili all'emoglobinometro di Fleischl. 6.° Nel sangue arterioso si trovano allo spettroscopio le strie d'assorbimento della metemoglobina. 7.° La resistenza dei globuli rossi, ricercata col metodo dell'isotonismo, non si modifica, il più spesso, nelle cloronarcosi leggere, a volte anzi aumenta; diminuisce in grado diverso nelle profonde e protratte. 8.° L'iperisotonismo del siero diminuisce nelle narcosi piuttosto protratte. 9.° La morte del globulo rosso (necrobiosi di Maragliano e Castellino) avviene molto prima e più tumultuosamente del normale; buona parte degli eritrociti è già alterata morfologicamente e cromaticamente in circolo. 10.° Il cloroformio ha azione profondamente emoglobinolitica; ha in minor grado quella istolitica; ed è sostanza a chemiotassi leggermente negativa. 11.° Esalta in modo rilevante il potere battericida normale del siero. 12.° Diminuisce la quantità di O nel sangue, ed aumenta in proporzione assai maggiore quella del CO^2. 13.° Diminuisce il potere respiratorio del globulo rosso. 14.° Il sangue venoso reagisce più prontamente ed in modo più profondo all'azione del cloroformio. 15.° I globuli rossi giovani, si alterano più profondamente degli adulti. 16.° Si può avere la morte degli animali anche

senza notevoli alterazioni del sangue. 17.° Il sangue degli animali morti in seguito a una protratta e profonda cloronarcosi appare più scuro e coagula meno facilmente e il coagulo è più basso. 18.° L'esame batteriologico del sangue è sempre riuscito negativo. 19.° L'azione del cloroformio dura da poche ore a parecchi giorni. 20.° Le sopraccennate alterazioni ematologiche, sono fra loro in rapporto, il più spesso, diretto. 21.° Si manifestano in modo più o meno rilevante a seconda della tecnica usata per la cloronarcosi e sono in rapporto colla sua durata ed intensità, e colla resistenza individuale. 22.° Non debbono attribuirsi tutte al cloroformio in quanto alcune costituiscono fra di loro una specie di circolo vizioso. L'O., dichiara che svolgerà nella memoria originale le numerose considerazioni teoriche-pratiche, che emergono dalle predette conclusioni e promette di estendere le ricerche ematologiche anche alle piastrine e al modo di comportarsi dei sali.

Accademia Medico-Chirurgica Universitaria di Palermo.

Seduta del 21 *marzo* 1900. — Tansini fa una comunicazione *sopra i salutari effetti di una laparotomia esplorativa*. Narra la storia di un uomo operato nel marzo 1898 sospettandosi di un'alterazione epatica. Nulla fu trovato, perciò richiuse il ventre. L'ammalato, terminate le noie del cloroformio, si trovò subito assai bene, completamente scomparso il dolore, cominciò a nutrirsi e pel periodo ormai di due anni non ebbe la benchè minima molestia, ed oggi ve lo presento rifatto, floridissimo e per me, che lo ricordo emaciato, irreconoscibile. Già Seguard e Routier in casi consimili ebbero del pari ottimi risultati dalla laparotomia esplorativa; il primo però trovò uno stato di congestione assai spiccato del tessuto epatico in corrispondenza della zona dolorosa; l'altro trovò nulla colla laparotomia esplorativa, però esisteva gravissima itterizia. Nel nostro caso mi pare che si possa pensare ad uno spasmo delle vie di escrezione biliare vinto dal massaggio prolungato delle vie stesse. Il tumore che ora si sentiva ed ora no, non poteva essere che la cistifellea più o meno turgida per maggiore o minore intensità di spasmo delle vie stesse. Il caso mi pare importante perchè starebbe a dimostrare che può esistere tale condizione indipendentemente da uno stato vero e proprio infiammatorio od irritativo della cistifellea; perchè se questa fosse stata la causa dei dolori e dello spasmo, non avrebbe potuto scomparire così rapidamente anzi immediatamente dopo l'operazione od almeno avrebbe dovuto recidivare. Questa osservazione appoggerebbe le vedute di Thiriar che parlò al Congresso francese di chirurgia del 1889 di cistifellee dolorose ed irritabili; ed io direi solo dolorose, poscia che la guarigione si ottenne nel caso nostro senza la colecistotomia, senza creare così una condizione favorevole alla scomparsa dello stato irritativo. È importante perchè c'insegna che in casi consimili potremo ripetere la laparotomia esplorativa, e, dato il rilievo negativo, o di lievi alterazioni, procedere ad un accurato massaggio sulla cistifellea e condotti, senza praticare la fistola biliare, come si sarebbe indotti a fare qualora si dovesse pensare necessariamente ad uno spasmo o ad una difficoltà prodotti da uno stato flogistico od irritativo della veschichetta biliare o delle vie di escrezione.

Colella. — *Studio sulla nevrite tubercolare con dimostrazione di preparati microscopici.* Studia alcuni casi di nevrite di origine tubercolare, così dal punto di vista clinico come da quello anatomo-microscopico, e sulla guida dei fatti messi in evidenza, propone le seguenti conclusioni prinpali: 1.° Nel corso della tubercolosi non è raro riscontrare alterazioni parenchimali dei nervi periferici sensitivi, motori o misti, spiccati e cranici. 2.° Queste nevriti possono essere associate a lesioni rudimentali della midolla spinale; esse si possono riscontrare però ugualmente in soggetti nei quali i centri nervosi e le radici spinali non mostrano alterazione. 3.° Le nevriti tubercolari devonsi ritenere quali nevriti tossiche, dovute ad una azione chimica generale di prodotti solubili di origine microbica (secrezioni di tossine da parte dei bacilli di Koch); gli agenti infettivi fabbricano un veleno, e la infezione finisce, per tal modo, alla intossicazione. 4.° La sintomatologia della nevrite periferica tubercolare è polimorfa, i sintomi della nevrite possono consistere sia in disordini motori e trofici predominanti (nevriti amiotrofiche) sia in disturbi nervosi che interessano particolarmente la sensibilità (nevriti dolorose anestesiche). 5.° La polinevrite può essere la prima manifestazione apparente di una infezione tubercolare localizzata nell'intestino, rimasta latente fino al tempo in cui la ulcerazione e la perforazione determinano rapidamente la morte, e rivelano l'esistenza di lesioni che lo stato generale del soggetto aveva solo permesso di sospettare.

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta del 25 *marzo* 1900. — Durante riferisce su due casi di *tumore cerebrale* di cui uno recidivante. Il primo si trattava di gliosarcoma che comprimeva la zona Rolandica, e l'estirpazione fu facile. Guarigione. Il secondo caso era un glioma recidivato che aveva invasi buona parte dei lobi frontali. Malgrado l'estesa estirpazione l'esito fu felice.

Società Medico-Fisica Universitaria di Sassari.

Seduta del 23 *marzo* 1900. — Vincenzi Livio parla su di un caso di *tetano* consecutivo ad una ferita irregolare della mano. Morte malgrado la eseguita amputazione. Nulla di speciale al reperto necroscopico. Potè trovare sulla località il bacillo di Nicolaier isolandolo col metodo di Kitasato.

R. Accademia dei Fisiocritici di Siena.

Adunanza 10 *marzo* 1900. — O. Lunghini. — *Linfangiti ed adeniti periauricolari consecutive ad otiti esterne circoscritte e diffuse e ad otiti medie suppurative acute o croniche.* Le lesioni infiammatorie dei tessuti molli periauricolari l'A. non le crede dipendenti sempre da osteo-periostite ma da lesioni dell'orecchio esterno e medio, e ciò asserisce in seguito anche a reperti anatomo-patologici. Queste lesioni linfatiche periauricolari meriterebbero interesse per studiare il rapporto tra l'apparato linfatico dell'orecchio esterno e periauricolare. Dalla Clinica l'A. desume che i linfatici dell'orecchio medio sono in rapporto coi temporali, quelli della regione cervicale superiore e parotidea nell'orecchio esteriore; quelli della regione mastoidea con tutta probabilità sono in rapporto con entrambi i precedenti. Di questi fatti ne trova l'A. anche la regione embriologica.

A. Sclavo. — *Il siero iodato.* Ricorda dapprima le varie applicazioni che ebbe lo iodio nella terapia e dal Durante e dal Behring, da Roux e Vaillard. Fa notare come lo iodio abbia la possibilità di associarsi alle sostanze proteiche, ed in seguito a ciò l'A. ha preparato un siero di sangue iodato da usarsi per iniezione sottocutanea ed endovenosa: esso si assorbe con facilità, si elimina con maggiore lentezza del ioduro di potassio, non dà dolori nè disturbi generali. Viene questo suo preparato ora sperimentato dal prof. Remedi e Barduzzi nella cura della tubercolosi e della sifilide, esperimenti sino ad ora soddisfacenti come lo sono le prove di laboratorio.

Adunanza del 31 *marzo* 1900. — Sclavo parla sulla cura del *carbonchio ematico nelle pecore* con il siero anticarbonchioso.

R. Accademia di Medicina di Torino.

Seduta del 23 *marzo* 1900. — Gradenigo parla sulle *complicazioni auricolari nella recente epidemia da influenza.* Da uno studio statistico compiuto dal dott Chavez Paz sul numero delle otiti medie acute e complicazioni mastoidee osservate e rispettivamente operate nella Clinica Otorinolaringologica durante i mesi di dicembre 1899, gennaio e febbraio 1900 risulta in confronto con gli ultimi quattro anni che l'influenza ha aumentato quasi del doppio il numero delle otiti acute. Da 120 si è elevato a 216. È anche notevole il carattere emorragico assunto dall'affezione auricolare, quale era già stato segnalato nella prima epidemia di influenza dell'89.

Seduta del 10 *aprile.* — Nota comunica due casi di *estrofia vescicale* curati con la plastica della parete vescicale con un lembo cutaneo, e poi la plastica uretrale con buoni resultati.

Nota parla di un caso di *paralisi traumatica della gamba* destra per callo deforme da frattura dell'estremità inferiore del femore ed imprigionamento del fascio nerveo-vascolare del cavo popliteo, curata con la resezione del callo, massaggio e sbrigliamento del fascio ottenendo la guarigione.

Austria.

Società Imperiale e Reale dei Medici di Vienna.

Seduta del 6 *aprile* 1900. — Karplus presenta dei pezzi anatomici di *aneurisma della carotide interna* in una donna di 60 anni, con arteriosclerosi.

Benedikt parla sulla *cura della tabe con l'allungamento dello sciatico* citando un caso nel quale ebbe in tal modo un notevole miglioramento.

Belgio.

Società Belga di Chirurgia.

Seduta del 17 *marzo* 1900. — Verneuil a proposito della relazione del Depage su di un *caso di diverticolo faringo-esofageo* ricorda come in un caso di esofagotomia fece utilmente una sutura a doppio piano con catgut. Depage usò la seta per necessità. Charon non si fida del catgut, mentre è

di contrario parere il GALLET ed il DEPAGE avverte come non di rado il catgut è di cattiva qualità.

GALLET presenta un caso di *frattura trasversale della cupola del radio e dell'apofisi coronoide* guarito dopo la resezione del pezzo di osso fratturato.

GALLET parla di *un caso di ascesso del cervello* che era consecutivo ad un proiettile ossificantesi nel cervello e scoperto con la radiografia. Fu fatta la craniotomia, ma con esito infausto. VANDERLINDEN gli pare che in questo caso si possano invocare i fatti dovuti alle lesioni per contraccolpo in quanto l'ascesso situato nel lobo sinistro è assolutamente simmetrico a quello del lobo destro, ove le lesioni del lato destro osservate in vita parlarono in favore di una lesione per contraccolpo prodotta al momento dell'accidente. DEPAGE non crede giuste queste osservazioni essendo la teca craniense intatta. GALLET è della medesima opinione ed avverte che l'esame oftalmoscopico non contribuì alla diagnosi. Il proiettile aveva rotta la piccola ala destra dello sfenoide.

CHARON e VERRAECK narra la storia di un caso di *ostruzione intestinale per arresto di sviluppo di tutto il crasso, con ampolla dell'ileo in un bambino di 5 giorni* e conclude che se si è diagnosticato che l'ampolla è molto lontana dal perineo bisogna respingere le operazioni di Little e Callisen, attaccare la regione anale col processo di Amussat, non insistere se non si incontra l'ampolla e fare rapidamente l'operazione di Meaclod. Il WILLEMS è dell'opinione di Charron.

HANREUNT narra la storia di un *caso di morte per cloroformio* per paralisi del centro cardiaco, sebbene come dice DEPAGE non vi fossero sintomi di affezione cardiaca. Era un alcoolico. CHARRON ne ha pure avuto un caso. VINCE crede che nelle ernie voluminose si possa invocare una inibizione sui gangli nervosi del cuore per l'intermediario del pneumogastrico. GALLET osserva come nei casi di morte vi abbia sempre dilatazione della pupilla. DEPAGE crede che in questi casi talora potrebbero riuscire utili le iniezioni di siero nella vena, alla pari del massaggio del cuore.

HANNECART parla sull'*utilità della radiografia per stabilire la diagnosi di di talune affezioni chirurgiche del rene.*

BRUFFART presenta una *sezione spontanea di una tromba uterina determinata dalla torsione di quest'organo.*

Francia.

ACCADEMIA DI MEDICINA DI PARIGI.

Seduta del 4 *aprile* 1900. — CASTEX riferisce su cinque casi di *chirurgia laringea* e più precisamente di due epiteliomi asportati con la laringotomia, di un restringimento sotto-glottideo distrutto colla laringotomia, di due sclerogenie per tubercolosi. Tutti furono seguiti da guarigione.

Seduta del 10 *aprile* 1900. — DIEULAFOY parla sulla *pleurite da appendicite* venendo a queste conclusioni: 1.° La pleurite da appendicite è l'infezione della pleura consecutiva alla appendicite. Vi è una pleurite da appendicite come un fegato appendicitico con la differenza che l'infezione epatica si fa per mezzo della vena porta, mentre l'infezione pleurale si fa per propagazione per mezzo delle aderenze e dei linfatici. 2.° La pleurite da appen-

dicite si vede specialmente nelle appendiciti a tipo saliente. L'infezione da appendicite aerobia ed anaerobia risale dietro il ceco ed il colon, si propaga di sacca in sacca, e si estende esaminando sul suo passaggio del pus, delle membrane, delle aderenze e talora delle raccolte incistate. I prodotti infettivi tappezzano il fegato e si estendono alla faccia inferiore del diaframma sotto forma di ascessi sottofrenici. 3.° Talora gli agenti infettivi provocano la perforazione del diaframma, tal'altra penetrano nella cavità toracica per mezzo di pozzi linfatici senza che il diaframma sia perforato. 4.° La comparsa della pleurite ed appendicite sopraggiunge alcuni giorni dopo il principio dell'appendicite. È anche quando i sintomi di appendicite sembra che si calmino che la complicanza pleurale compare; in sei, otto, dieci giorni l'infezione ha avuto il tempo di propagarsi dall'appendice alla pleura. 5.° La pleurite da appendicite è sempre una pleurite a destra. Le eccezioni a questa regola sono estremamente rare. La fase pleuritica si confonde con la fase epatofrenica: dolori vivi nell'ipocondrio destro, dolore toracico con risentimento alla spalla destra, tosse ostinata senza espettorazione, dispnea intensa, sono i sintomi d'inizio. 6.° In taluni casi l'infezione della pleura è appena iniziata, e la lesione si riduce ad una pleurite secca che si traduce in sfregamenti. In altre circostanze il liquido della pleurite da appendicite è ridotto al suo minimo d'infezione; il versamento ha l'apparenza di un liquido sieroso e la complicanza guarisce senza altri incidenti. 7.° Il più spesso il liquido della pleurite da appendicite è torbido, fetido e putrido. Questo liquido non è omogeneo, è sciolto e forma rapidamente un deposito. L'ascoltazione e la percussione danno i sintomi di un grande versamento; a questi sintomi si aggiungono talora i sintomi di un pneumotorace dovuto al liberarsi dei gaz generati dalla putrefazione. In un caso si è constatata la vomica. 8.° La prognosi della pleurite da appendicite è delle più gravi; i sintomi generali, le condizioni del polso, l'indebolimento rapido del malato ne indicano la gravità. 9.° Dinanzi ad una pleurite destra fetida e putrida, bisogna sempre pensare all'appendicite bisogna ricostituire la tappa addominale appendicitica che ha preceduto di 6, 8, 10 giorni la tappa frenico-pleuritica. 10.° L'intervento chirurgico deve essere precoce, talora dev'essere anche doppio; bisogna attaccare l'infezione pleurale con l'operazione dell'empiema e l'infezione peritoneale con la laparotomia. 11.° Malgrado questo doppio intervento è a temersi che il paziente soccomba, perchè è di già infetto ed intossicato. La vera cura è dunque nella cura profilattica, che consiste nell'asportare il focolaio appendicitico sino dall'inizio dell'appendicite; è la sola terapia saggia e razionale che pone al riparo dai pericoli e dalle complicanze innumerevoli della appendicite.

Seduta del 17 *aprile* 1900. — Nocard a proposito della *diagnosi istologica della rabbia* dice che le ricerche di Van Gehucten sulle modificazioni dei gangli spinali nella rabbia presentano un interesse pratico capitale. Pichet e Vallet hanno studiato il problema se queste lesioni sono speciali della rabbia, ed hanno constatato che le lesioni delle cellule ganglionari descritte da Van Gehucten esistono nei cani che muoiono per rabbia e non si osservano in alcun' altra malattia infettiva. Ma di tre cani inoculati e sacrificati dopo la comparsa dei sintomi della rabbia le lesioni non sono state

trovate che una volta. Le ricerche delle lesioni istologiche possono dunque servire alla diagnosi della rabbia, ma non alla sua diagnosi precoce, per cui è prudente d'inviare i morsicati a farsi vaccinare.

CHIPAULT ha osservato e presenta la fotografia di un caso di *tubercolosi della diploe* con perimeningite fungosa senza sintomi ossei locali. Come sintomi funzionali delle crisi epilettiche che si iniziarono dal braccio sinistro, emicontrattura a sinistra con movimenti atetasici. Con l'intervento nella regione rolandica si ebbe la guarigione, provando che si trattava non di degenerazione ma di irritazione del fascio piramidale.

SOCIETÀ DI CHIRURGIA DI PARIGI.

Seduta del 28 *marzo* 1900. — REYNIER parla sulla *radiografia nelle fratture* combattendo le affermazioni fatte da Loison nella seduta precedente, affermando che può rendere grandi reali servizî; ma non bisogna prestare fede che alle radiografie fatte sotto il nostro controllo cioè con metodo e garanzie scientifiche.

GUINARD narra la storia di un caso di *tumore gazoso al collo* in una donna di 32 anni. L'esame delle pareti della sacca mostrò che la sua superficie interna era rivestita da uno strato epiteliale continuo, e che sotto questo rivestimento esistevano delle papille vascolari che ne facevano una specie di vera membrana mucosa; in nessun punto dell'epitelio si scoprirono cigli vibratili. Questi tumori sono rari: non crede che siano dovuti ad uno sforzo respiratorio brusco e violento in individui che presentavano già una lesione congenita predisponente della laringe o trachea, perchè non ha trovato la comunicazione. Crede piuttosto ad un tumore gazoso consecutivo ad una rottura della laringe e della trachea. MONOD crede ad un diverticolo o ad fistola congenita, perchè il cordone fibroso che va dalla sacca alla trachea gli pare il vestigio di un canale un tempo permeabile. BROCA è della stessa opinione in quanto la ciliazione dell'epitelio cistico non prova che questa ciliazione non sia esistita nel primo tempo per scomparire quando l'epitelio ha degenerato. RECLUS ha veduto un caso di guarigione spontanea. DELBET ricorda che si hanno due tipi di tumore gazoso del collo, e cioè uno sviluppato a spese dei diverticoli congeniti della trachea o laringe, e l'altro a perforazioni o rotture del condotto laringo-tracheale. Le perforazioni sono per lo più consecutive ad ulcerazioni tubercolari o neoplastiche.

MOTY comunica la storia di un caso di *peritonite diffusa consecutiva ad una appendicite terminata con la guarigione* dopo l'estirpazione dell'appendice e toilette addominale con tamponi bagnati in acqua bollente. RECLUS trova eccellente l'uso della bollitura delle anse intestinali, in quanto l'acqua a 60-70° non solo porta via i microbi e ne attenua la virulenza, ma decongestiona l'intestino, e modifica l'infiammazione della sierosa.

LUCAS CHAMPIONNIÈRE a proposito della *radiografia nelle fratture* dice che alla perfine sono tutti d'accordo con lui. TUFFIER aggiunge che egli ha sostenuto che le fratture sono male ridotte e che questo dà luogo a disturbi funzionali, e nessuno ha potuto contradirlo.

DELBET presenta un bambino di sette anni con un *tumore della testa dell'omero* di natura indeterminata, consecutivo ad una caduta; è stato ritenuto per del tempo quale una lussazione della spalla. JALAGUIER crede

si tratti di un'esostosi osteogenica sviluppatasi attorno ad una frattura juxta-epifisaria sconosciuta e non curata.

Nimier presenta un giovine soldato con un *osteoma del cubito* consecutivo ad una lussazione. Delbet ricorda avere dimostrato che si hanno quasi sempre nello spessore del brachiale anteriore, e con punto di partenza nei frammenti di osso e di periostio strappati dall'epifisi omerale nel momento del traumatismo.

Routier presenta un caso di *frattura dell'olecrano* consolidata, ma poi riprodottasi con rottura del filo di argento che suturava i due frammenti. La funzionalità dell'arto però è perfetta e perciò non intende intervenire di nuovo.

Seduta del 4 aprile 1900. — Broca a proposito delle *esostosi osteogeniche degli arti consecutive alle fratture* presenta una radiografia che la mostra in corrispondenza dell'apofisi inferiore dell'omero in un ragazzo di 10 anni. Kirmisson presenta pure una radiografia uguale, Delbet mentre concorda nel caso di Kirmisson, ed in quelli di Broca, Tuffier osserva che le fratture ripetute s'accompagnano a formazione di calli voluminosi.

Pousson parla sull'*intervento chirurgico nella tubercolosi renale* ed analizza dodici operazioni per concludere che il chirurgo deve intervenire quando l'infezione bacillare è pura e quando è mista, complicata da infezioni secondarie. Egli 5 volte ha fatta la nefrotomia con un morto e 7 nefrectomie con altrettante guarigioni. Per la nefrectomia segue la via extraperitoneale e lega i vasi ed ureteri separatamente: l'uretere lo taglia il più lontano possibile per evitare qualsiasi fistola ulteriore. È contrario alle nefrectomie parziali perchè non garantiscono dall'infezione ascendente del rene dell'altro lato. Reynier è della medesima opinione anche perchè a lato delle grandi lesioni vi sono delle lesioni microscopiche che sfuggono all'occhio. Tuffier ricorda la necessità di conoscere le condizioni dell'altro rene prima di nefrectomizzare; per l'ureterectomia non la crede indicata in tutti i casi. Albarran crede la nefrotomia giustificata nelle pionefrosi tubercolari. Ha fatte 11 nefrotomie e 23 nefrectomie con un solo morto per meningite tubercolare. Fa sempre la legatura staccata del peduncolo. L'uretere non lo toglie che quando può farlo facilmente. Tuffier crede che le fistole consecutive siano dovute alla seta usata per la legatura del peduncolo, ma anche agli ureteri sclerotici, ed ulcerati, che conviene togliere.

Kirmisson cita un caso di *invaginazione intestinale* in un fanciullo di dieci mesi che potè guarire con l'intervento chirurgico.

Reynier a proposito dell'*inondazione peritoneale nelle gravidanze extrauterine* dice che prima conviene rialzare le condizioni generali della paziente con iniezioni intra-venose di siero artificiale; ed aperto il ventre conviene cercare il peduncolo utero-ovarico e legarlo, e poi asportare gli annessi malati. Pulizia completa del cavo addominale, e mai drenaggio alla Mikulicz ma comune. Quenu dice che i grandi lavaggi non asportano, ma diffondono i coaguli.

Piqué narra la storia di un caso di *fibro sarcoma alla gamba* da lui estirpato. Walther dice che ha poi amputato questa donna per recidiva. Routier cita un caso, nel quale dopo sei operazioni la guarigione sembra definitiva. Delbet ne ricorda pure un caso. Quenu dice che in questi casi bisogna essere generosi nelle asportazioni e solleciti.

Seduta dell'11 aprile 1900 — MONOD parla sul caso di *carcinoma popliteo* presentato da Arson, e del quale fu fatta l'estirpazione con guarigione.

CHAUVEL narra a nome di VIOT la storia di tre casi di *appendicite,* pei quali fece l'appendicectomia e seguiti da guarigione.

HARTMANN parla sulle lesioni midollari nella *amiotrofia di origine articolare.* Mallet e Mignot avrebbero dimostrato che sono dovute a lesione del midollo spinale; Charcot e Vulpian le attribuirono a lesioni midollari, ma senza provarlo. Klippel lo dimostrò, ma Duplay e Cazin invece ritennero che queste amiotrofie erano d'origine riflessa e non accompagnate da lesioni midollari, ma Mallet e Mignot obiettano che le sezioni furono fatte troppo presto, avanti che le lesioni fossero accentuate. In otto esperienze su animali uccisi dopo molti mesi, e con sezioni eseguite sul rigonfiamento lombare del midollo in tutti i tagli si potè constatare una diminuzione di molte cellule dei corni anteriori del midollo ed una retrazione dei loro prolungamenti protoplasmatici. E ciò in tutte le artriti in qualsiasi modo procurate. KIRMISSON dice che sarebbe importante sapere se le lesioni midollari osservate sono primitive, o consecutive a nevriti periferiche che dopo un certo tempo si risentirebbero nel midollo spinale. REYNIER crede che queste lesioni sieno secondarie di una nevrite periferica perchè curabili col massaggio e la ginnastica attiva e per conseguenza le lesioni del midollo non sono nè profonde nè definitive.

HARTMANN crede invece che siano nel midollo: solo rimaneva a sapere se si trattava di un semplice disturbo funzionale o di lesioni organiche del cilindro nervoso. Crede la questione risolta da Mallet e Mignot.

GERARD-MARCHANT a proposito dell'osservazione di Pauchet presentata nel marzo, parla sul *prolasso totale del retto,* e cita un caso di rettoplicatura e rettopessia seguito da guarigione. TACHARD ha in un caso eseguito l'operazione di Gerard Marchant. REYNIER non crede ad una patogenia unica in uno dei prolassi dovuti ad emorroidi, ed insufficienza del pavimento perineale, fece raschiamento dei tessuti. HARTMANN le considera come vere ernie di forza in seguito a diarree.

LAVAL presenta un *frammento d' osso* estratto dall'esofago con l'uncino di Graefe.

Seduta del 25 aprile 1900. — DELBET a proposito dell'*estirpazione degli aneurismi* ricorda il caso di Monod, e che da dodici anni difende il metodo dell'estirpazione severamente accolto e non accettato da tutti. Ora il caso pelvico di Monod conferma le sue idee.

QUENU parla sull'*asepsi operatoria* e ricorda come abbia sino dall' anno precedente insistito sulla difficoltà di ottenere l'asepsi dei legamenti nei quali si opera, e di mantenere le mani sterilizzate, e da ciò la necessità di portare i guanti. Ricorda la discussione avvenuta l'anno innanzi nelle Società, ed ora insiste: 1° perchè si moltiplichino le pulizie preoperatorie del paziente per varì giorni; 2.° perchè si adoperino i guanti di caoutchouc dall'operatore; 3.° perchè si usino fili di lino sottili sterilizzati, si faccia una scrupolosa emostasi, non si dimentichi il drenaggio. Così su 250 operazioni importanti, di cui 102 laparotomie ebbe 5 morti, cioè il 2 per cento, ma non per infezione. Crede che il chirurgo possa frequentare le sale ana-

tomiche, ma non le sale di necroscopia. BAZY ha potuto ottenere guarigioni in laparotomie anche praticando subito dopo aperto degli ascessi. TUFFIER adopra i guanti di caoutchouc per i momenti settici dell'operazione; e di filo nelle operazioni asettiche. NÉLATON è dell'opinione di Quenu e non di Bazy; cita un caso, nel quale ebbe infezione perchè medicò prima dei malati settici, e sebbene usasse dei guanti. ROUTIER crede che l'importante stia nel lavarsi bene le mani. QUENU si meraviglia delle affermazioni di Bazy e aggiunge che preferisce i guanti di caoutchouc perchè non assorbono. SCHWARTZ usa i guanti di caoutchouc per le operazioni settiche.

Germania.

SOCIETÀ DI MEDICINA DI BERLINO.

Seduta del 21 *marzo* 1900. — GLUCK. presenta un ragazzo al quale per *carie vertebrale* aveva eseguito il rivestimento di tre vertebre, potendo così ricuperare l'esercizio e la motilità negli arti inferiori.

SOCIETÀ DI MEDICINA INTERNA DI BERLINO.

Seduta del 19 *marzo* 1900. — EWALD parla sulla *cura del cancro dell'esofago* a proposito di un uomo di 64 anni, nel quale aveva provveduto all'alimentazione con la cannula a permanenza ed i clisteri nutritivi. All'autopsia la cannula fu trovata al di sopra di un restringimento canceroso, ma constatò che aveva portata degenerazione del neoplasma. I clisteri nutritivi invece si dimostrò che erano assorbiti per l'aumento notevole dell'escrezione delle materie azotate. RENVERS pure è contrario all'uso della cannula: è la gastrostomia l'operazione indicata. LEIDEN ha pure esso rinunziato alla cannula alla pari di ROSEINHEIM. Il FRAENKEL ne vide una inghiottire e passare dopo tre settimane. LAZARUS ha potuto nutrire un malato per 21 giorni con clisteri.

Inghilterra.

SOCIETÀ REALE MEDICA E CHIRURGICA DI LONDRA.

Seduta del 27 *marzo* 1900. — BOULES e TURNER narrano la storia di un caso di *rottura dell'esofago* in una donna di 62 anni durante il vomito. All'autopsia non venne trovata alcuna alterazione. RALLESTON ne cita un caso, ma vi era un ascesso peri-esofageo. STANLEY-BOAD ne vide un caso per ulcera latente.

BRYEGENT ne constatò un caso alla necroscopia.

PEARCE-GONLD ha operato un uomo di 38 anni per *sarcoma gastro-epatico* che pesava 21 libbra inglesi; e da 4 1/2 anni non vi è più recidiva.

BRYANT operò un *lipoma del mesenterio* che pesava 50 libbre inglesi.

BOYD estirpò una *ciste retro-peritoneale del pancreas* in una donna di) anni.

RIVISTA DEI GIORNALI DI CHIRURGIA

Il Policlinico, Vol. VII. Chir. (fasc. 8) 15 aprile 1900.

Dott. Antonio Cardui. — *Contributo etiologico sperimentale all'etiologia dei tumori.* L'A. non crede affatto dimostrata la natura blastomicetica dei corpi cancerosi.

Gli autori che ricercarono con metodi adatti di colorazione i blastomiceti nei tumori ebbero risultati più o meno fortunati, ma tutti concordano in questo: che i blastomiceti nei tumori non sono un reperto costante. Anche i tentativi di cultura fatti con rigore scientifico e su terreni adatti, riuscirono quasi sempre infruttuosi, ed i pochi risultati positivi ottenuti offrono il fianco a molte critiche.

L'A. conclude:

su tumori estirpati dal vivente e raccolti con cautele asettiche non sono riuscito ad isolare blastomiceti, anche quando coll'esame istologico avevo accertata la presenza dei corpi del Russell;

con inoculazioni di colture pure di blastomiceti non ottenni mai vere neoplasie;

è dubbia la natura blastomicetica dei corpi di Sanfelice (corpuscoli fuxina del Russell);

tali corpi mentre non sono reperto costante nei tumori si rinvengono non di rado anche in altri processi patologici, in organi tubercolari ed in organi sani;

i corpi descritti nei tumori come parassiti (coccidi, sporozoi) per lo più non prendono le colorazioni specifiche dei blastomiceti.

Dottor Odoacre Torri. — *La tiroide nei morti infettivi.* (Lavoro in corso di pubblicazione).

Dott. Edoardo Italia. — *Sarcoma primitivo della testa del pancreas.* Storia e considerazioni cliniche.

Archivio Italiano di Otologia, Rinologia e Laringologia. Fascicolo 4.°, marzo 1900.

Gavello Giuseppe. — *Resoconto statistico-clinico per l'anno scolastico 1898-99.* È il rendiconto della Clinica di Torino del prof. Gradenigo con 1117 malati.

Ferreri Gherardo. — *Abrasore laringeo olivare ad anse nascoste.* È una sonda laringea, la quale termina per l'estremo glottideo in oliva accentuatamente oblunga. Lo strumento aperto può asportare qualunque corpo estraneo, che ingombra il lume della glottide, purchè non sia troppo aderente alle pareti.

Faraci Giuseppe. — *Sulla possibilità di riaprire la finestra ovale nei casi di anchilosi ossea dell'articolazione stapedo-vestibolare.* Conviene aprire la finestra ovale con lo spezzamento della staffa, e che ciò possa essere utile lo dimostra un caso clinico.

Avolan. — *Rapporto delle vegetazioni adenoidee colle affezioni oculari.* Ammesso il *locus minoris resistentiae* della mucosa, il rapporto patologico esistente fra il rinofaringe e l'occhio è fondato su una ragione meccanica;

ostacolo al deflusso fisiologico e necessario della secrezione lacrimale e quindi come diretta conseguenza di questo fatto la congestione, il catarro e l'alterazione della superficie mucosa dell'occhio ed in ultimo anche l'ulcerazione della cornea.

DELLA VEDOVA. — *Osservazioni sull'eziologia dell'ozena e sulla sua curabilità colla sieroterapia.* Crede che 1.° il bacillo simildifterico può essere causa della rinite cronica fetida atrofizzante, la quale rinite potrebbe rimuovere altre cause ed assumere allora caratteristiche cliniche diverse, per ora ignote e confuse con quelle della rinite. 2.° Nel campo diagnostico delle riniti croniche, la rinite fetida atrofizzante si differenzia pel reperto batteriologico, e per il suo non risentire in genere beneficio alcuno dai comuni mezzi di cura noti fino a questi tempi. 3.° La sieroterapia antidifterica cura la rinite cronica fetida atrofizzante da bacillo simildifterico e, dato sia applicata in casi non avanzati e complicati da molteplici infezioni, o da sinusiti, da essa si devono ragionevolmente aspettare risultati, non arrivabili per ora da altri mezzi di cura.

GUARNERI ARTURO. — *Contributo all'estirpazione della laringe e sua protesi artificiale.* Caso clinico. La laringe artificiale comunica colla cavità naso-faringea per mezzo di un tubo introdotto in una narice.

TOMMASI. — *Un caso di mastoidite da otite purulenta cronica guarito spontaneamente.* Il vuotamento si fa per la sutura mastoidea e corticale circostante, ed è dalla porzione più anteriore ed alta che conviene cominciare l'attacco per penetrare direttamente nell'antro.

GARBINI. — *Sulla denominazione di ipertrofia della tonsilla faringea.*

Annals of Surgery N. 4, Aprile.

A. FISK. — *L'intervento chirurgico di fronte alla presenza dello zucchero nelle urine.* Riferisce quattro casi di diabete accompagnati da varie affezioni chirurgiche, per le quali i pazienti sottoposti ad atti operativi vennero a guarigione completa sia dell'affezione chirurgica che del diabete. Dice che bisogna distinguere i casi in cui la lesione che richiede l'intervento è la causa diretta dall'apparizione dello zucchero nelle urine ed i casi in cui lo zucchero vi esiste più e non dipende da una lesione chirurgica. Non vi è ragione di supporre quindi che la presenza dello zucchero nelle urine implichi una prognosi riservata. La scoperta dello zucchero nelle urine, quando non dipende da un abito glicosurico preesistente, non forma controindicazione all'intervento operativo.

L. KRUGGS. — *Intorno al volvulo associato all'ernia divide i casi in quattro gruppi:*

I. Volvulo del contenuto erniario, il colletto del volvulo si trova o entro al sacco erniario o preso nella porta erniaria. *a*) Casi in cui tutto il contenuto intestinale dell'ernia è compreso nel volvulo. *b*) Casi in cui solo una porzione del contenuto intestinale dell'ernia è affetta.

II. Volvulo in cui è complicato il contenuto erniario, dove solamente il colletto e qualche ansa affetta stanno entro l'addome.

III. Volvulo prodotto nella cavità addominale dalla riduzione dell'ernia.

IV. Volvulo prodotto nell'addome da qualche causa predisponente più o meno direttamente collegati all'ernia di questi quattro gruppi l'A. riferisce molto dettagliatamente vari casi (in tutto 17) col loro meccanismo di

formazione, reperto anatomo patologico e figure schematiche dei rapporti intestinali.

H. Reed. — *Traumatismi causati da animali.* Due casi di ferite fatte da un leone e da un orso, esse erano spaventevoli e vi era il timore dell'idrofobia e del tetano. L'A. dice in simili generi di ferite esser facili le infezioni e dopo apparenti guarigioni egli ha veduto talvolta formarsi raccolte di pus e distruzione dei tessuti Ha ottenuti splendidi risultati usando il così detto: *bicloride evaporiting solution* di cui riporta la formola.

L. Steinbach. — *Intorno all'uso di piastre di fissazione nel trattamento delle fratture della gamba.* Premette alcune osservazioni sul metodo facilitato oggidì dalla rigorosa antisepsi e dalle rontgografie. Usa delle piastre d'argento che inchiodate sui due monconi li tengono in buona posizione. Riferisce quattro casi con rontgografie molto dimostrative.

A. Mac-Laren. — *Relazione fra colecistite, itterizia e calcoli biliari.* Ritiene che l'importanza del sintoma itterizia nella diagnosi di colecistite e calcoli biliari sia dai testi molto esagerata.

H. Marey. — *Sui principi concernenti la immediata ermetica chiusura delle ferite asettiche.* Parla delle infezioni delle ferite, e dei metodi di protezione per le ferite asettiche onde ottenere la prima intenzione.

W. Huntington. — *La chirurgia dell'ulcera gastrica.* Riferisce un caso di ulcera gastrica con stenosi cicatriziale del piloro e consecutiva dilatazione dello stomaco ed un altro di ulcera perforante con versamento nella cavità peritonale. Termina col riassumere varie statistiche di chirurgia gastrica.

J. Spellissy. — *Escisione dei due terzi esterni del ganglio di Gasser, col metodo di Hartley-Krause, successiva a preliminare legatura della carotide esterna.* Narrazione di un caso: Operò un giovane di 25 anni per nevralgia del trigemino. Due anni e mezzo dopo sta benissimo. Eccettuato uno spasimo momentaneo non aveva avuto più alcun dolore.

T. Rugh. — *Due casi di anomalo processo spinoso della settima vertebra cervicale articolato colla scapola.* Descrive dettagliatamente i due casi illustrandoli con fotografie e rontgografie.

A. Schachner. — *Nuovo tavolo operativo ed un perfezionato reggi-bacino.* Descrizione dell'uno e dell'altro.

Ch. Powers. — *Moncone conico in seguito ad amputazione nell'età infantile.* Riporta la fotografia di un caso di un giovane di 18 anni amputato al terzo superiore dell'omero sinistro dell'età di 8 anni: il moncone aveva preso una forma perfettamente conica a punta assai acuminata ed alcuni medici ritenevano che ciò dipendesse dal modo con cui venne fatta l'amputazione. L'A. riporta anche parecchi casi da lui presentati qualche tempo prima all'Accademia di medicina di New-Jork ed un caso di Owan di una bambina di 11 anni il cui braccio destro fu amputato nella vita intrauterina; l'A. ritiene che nelle amputazioni della parte superiore della gamba o del braccio nei bambini il moncone assuma sempre fisiologicamente la forma conica e che questo debba aspettarsi qualunque sia la natura del moncone subito dopo l'amputazione.

Revue de Chirurgie, N.° 4, Aprile 1900.

Le Dentu e Morestin. — *Epitelioma delle due mammelle con noduli dermici secondari coincidente con una peritonite tubercolare.* Si trattava di una

giovane di 27 anni. È col reperto istologico ed anatomo-patologico che fu controllata la diagnosi dello strano caso.

Picqué e Dartignes. — *Scapulectomia od estirpazione primitiva e totale della scapola con conservazione dell'arto superiore nei tumori maligni di quest'osso.* Un'osservazione clinica dà l'occasione a studiare l'argomento, raccogliendo 77 osservazioni, e cioè 36 estirpazioni parziali, 35 totali e 6 estirpazioni con resezione della testa omerale. I tempi dell'operazione sono otto: 1.° incisioni cutanee; 2.° scollamento dei due lembi cutanei; 3.° distacco ed incisioni muscolari peri-capsulari ed apertura della capsula dell'articolazione; 4.° lussazione della testa omerale attraverso la branca della capsula fatta nel tempo precedente: e distacco della parte inferiore dell'attacco omerale della capsula; 5.° resezione del terzo esterno della clavicola; 6.° distacco dei muscoli che si attaccano all'apofisi coronoide; 7.° incisione degli ultimi muscoli che tengono fissa la scapola (trapezio, angolare, romboide, gran dentato, gran rotondo) e spostamento dell'omoplata attorno il suo margine spirale come una cerniera; 8.° fissazione della testa omerale e sutura della ferita operatoria.

Terrier Reymond. — *Fibroma interno a peduncoli multipli.* È un caso interessante, nel quale le produzioni cistiche sono nettamente di origine glandolare.

Rochet. — *Valore della via d'attacco anteriore per talune resezioni dell'anca.* In questo modo l'anchilosi in buona posizione sarebbe più facilmente e rapidamente ottenuta; nessuna tendenza di risalire il femore verso l'anca; facilità per medicare; mancanza di dolori nel medicare, diminuzione delle probabilità di infezioni secondarie per inoculazione dalla via glutea.

Cuneo. — *Nota su alcuni punti di anatomia patologica del cancro dello stomaco* (Per questa memoria vedi Argomento del giorno).

Loison. — *Delle suppostzioni intra e peri-epatiche d'origine tiflo-appendicitica.* È lo studio accurato di un caso clinico.

Archives Provinciales de Chirurgie, N.° 4, Aprile 1900.

Delagénière. — *Delle cisti glandolari del pancreas.* È la storia clinica di un caso, curato con la marsupializzazione. Dice che la nevralgia celiaca, la comparsa di un tumore fluttuante nella regione del pancreas sono i due sintomi che possono guidare alla diagnosi, se questa non si può precisare che durante la laparotomia. Crede che la puntùra, la marsupializzazione e l'estirpazione parziale trovino le loro indicazioni, ma più che tutto, quando si può deve eseguirsi l'estirpazione totale della ciste, delle quali Körte cita 14 casi con 2 morti.

Perè. — *Nota sull'etiologia dello sfregamento sotto-scapolare. Azione della pleurite.* Afferma che non esiste sfregamento sotto-capsulare fisiologico, e che è la conseguenza di un ravvicinamento delle due superfici ossee sotto-scapolare e costale avvenute per varie cause. In queste condizioni, quando i movimenti della scapola sul torace sono troppo estesi o frequenti, una borsa sierosa può interporsi tra le due ossa, e per la sua infiammazione riprodurre lo sfregamento sotto-capsulare da principio, sostituendo alle due superfici ossee la superficie rugosa delle sue pareti.

Dupraz. — *A proposito degli innesti cutanei.* È una storia clinica. I lembi furono presi da una gamba amputata ed innestati dopo nove ore dall'amputazione.

Philippe. — *Lacerazione completa del rene destro.* Venne fatta la nefrorrafia con successo.

Nanllean. — *Ligamentazione col processo di Beck.* Il ligamento rotondo viene isolato e suturato alla pelle.

Sorel. — *Statistica delle operazioni eseguite nel 1899.* Sono 158 operazioni con 17 morti.

Annales des Maladies des Organes Genito Urinaires, N. 4, Aprile 1900.

Pousson. — *Dell'esistenza di un reflesso reno renale in talune nefriti mediche e della possibilità dello sviluppo di una nefrite simpatica.* È un caso col quale conferma le osservazioni di Sabatier, che dimostrava: 1.° l'esistenza di un reflesso inibitorio che si esercita sul rene sano quando il suo adelfo è colpito da nefrite cronica; 2.° la soppressione di questo reflesso temporariamente con la nefrotomia e definitivamente con la nefrectomia.

Manclaire. — *Cura della tubercolosi epididimo-testicolare con le legature e le sezioni degli elementi del cordone spermatico.* Con le legature e sezioni parziali o totali del cordone si può atrofizzare l'epididimo tubercolare e conservare un nucleo fibroso testicolare, evitare le propagazioni della tubercolosi all'altro testicolo; fare retrocedere le lesioni della vescica e prostatiche preesistenti.

Berger. — *Notizia sulla fotografia della vescica.* È un cistostopio a fotografia.

Nognes. — *Vulvo-vaginite in una giovinetta di quattordici anni. Artrite e cistite a gonococchi tubercolare secondarie dell'apparecchio orinario.* Caso clinico.

Travaux de Neurologie Chirurgicale, n. 1, 1900.

Chipault. — *Palla nel corpo calloso. Epilessia ed emiplegia tardiva. Trapanazione. Guarigione.* È la storia di un malato, interessantissima per gli accidenti sopraggiunti bruscamente durante un periodo di calma e dovuti ad un versamento sieroso nelle aderenze lasciate dal proiettile e da un primo intervento: e per il resultato ottimo dovuto al secondo intervento, nel quale l'osso fu definitivamente asportato, la dura madre rovesciata e suturata al periostio per evitare il versamento sanguigno dell'osso, ed il distacco delle aderenze colle dita, sino al corpo calloso.

Vidal. — *Scelta dell'intervento chirurgico nelle epilessie essenziali generalizzate.* Conclude: 1.° La simpaticoectomia non è sempre, come si è detto, un'operazione *antifisiologica.* L'anemia cerebrale incompleta per eccitazione del simpatico, qualunque ne sia l'origine, è un fattore ausiliare di irritazione corticale non disprezzabile, e che può essere utile di sopprimere; 2.° Ammesso l'intervento chirurgico talune epilessie tossiche sono curabili con la resezione, perchè *a*) un'intossicazione insufficiente da sola per causare la crisi può bastare se vi si aggiunge l'irritazione meccanica del simpatico anemizzante per la corteccia; *b*) i veleni vaso-costrittori sembrano agire direttamente da una parte sull'eccitabilità cellulare, indirettamente d'altra parte per vaso-costrizione anemizzante. Nei due casi la simpaticoectomia sopprimerà uno dei due fattori dell'irritazione corticale; 3.° La resezione sarà indubbiamente inefficace nelle epilessie tossiche, nelle quali il veleno è indifferente o vaso-dilatatore, ed in quelle nelle quali l'intossicazione è troppo profonda o troppo antica (alterazioni istologiche). 4.° La

simpaticoectomia fallirà in generale nelle epilessie d'origine riflessa. Non sappiamo infatti che una delle vie multiple d'accesso all'encefalo del primo elemento dell'arco riflesso; 5.° La simpaticoectomia è favorevolmente controindicata nelle epilessie che provengono dalla compressione cerebrale. Non può infatti aumentare primitivamente questa affezione e secondariamente l'edema e l'essudazione sierosa che si trova spesso nei soggetti di questo gruppo. Le operazioni sul cranio e la dura madre sono allora le sole indicate; 6.° Dinanzi alle difficoltà frequenti della diagnosi etiologica esatta dalle epilessie essenziali, veduto il numero e l'importanza delle controindicazioni alla resezione del simpatico, sembra prudente sottomettere i pazienti ad una prova preliminare che ne produca transitoriamente gli effetti; il nitrito d'amile, pare risponda a questo scopo. La prudenza parrebbe volesse si riservasse l'operazione in soggetti felicemente influenzati dalle inalazioni fatte dai prodromi della crisi.

Almeno parrebbe indispensabile astenersi se questo agente vaso-dilatatore aggrava o provoca un attacco.

Chipault. — *Un caso di gibbosità con paraplegia curata con successo con la legatura delle apofisi.* Sostiene che la riduzione non è applicabile a tutte le gibbosità pottiche, e che per permettere la consolidazione si può usare la legatura delle apofisi e la contenzione ingessata.

Jaboulay. — *La chirurgia del simpatico addominale e sacrale.* [Premetto che è deplorevole che l'Autore non citi nemmeno una volta il Ruggi, e che a sè evochi il merito delle prove sul simpatico addominale e sacrale. L'A. crede che il simpatico compaia da per tutto come il regolatore nel funzionamento e la salute degli organi, che si tratti di nervi a fibre bianche come il trigemino e lo sciatico, o di visceri come la tiroide, il pancreas e le capsule surrenali, i visceri del piccolo bacino. Si può dunque ammettere, che i malati non solo, come si ammette per solito, nel gozzo esoftalmico e l'epilessia, e come lo ammette nella nevralgia del trigemino per la sua parte cervicale, ma ancora in certe varietà di diabete, di malattia di Addison e di disturbi intestinali per la sua parte addominale nelle nevralgie pelviche, i dolori sciatici, certe artriti dell'arto inferiore per la sua parte sacrale. È quindi legittimo anche questo intervento.

Brisaud. — *Della nevralgia parestesica e della sua cura chirurgica.* Consiglia la resezione del femoro cutaneo. Il manuale operatorio è: riconoscere la spina iliaca anteriore-superiore, ed incidere da questa sino alla spina iliaca anteriore inferiore obliquamente secondo la direzione dell'arcata del Falloppio e vicino a questa arcata per un'estensione di cinque centimetri, traversando pelle, cellulare ed aponevrosi. Si trova al di sotto uno spazio cellulare, a direzione trasversale, sul quale scorre il filetto piatto del nervo femoro-cutaneo. Isolarlo con una sonda.

Sellier. — *Skelalgia parestesica in un arto colpito da paralisi infantile antica.* Sarebbe la nevralgia perestesica nella gamba, e non nel territorio del femoro-cutaneo (ozeralgia).

Chipault. — *Un caso di nevralgia del testicolo curato con la resezione dei nervi del cordone.* Caso interessante.

Chipault. — *Le artropatie trofiche consecutive a malattie chirurgiche del midollo; tumori; mal di Pott; Tumori.* La terapeutica delle artropatie trofiche per lesioni midollari chirurgiche è molto ristretta; ma ciò è cosa indiffe-

rente, perchè fanno pel solito, a titolo secondario, parte di una sindrome che dominano altri sintomi molto più gravi.

CHIPAULT. — *Nota di un caso della Cirenaica, ove si trova figurato un gobbo pottico.* Descrizione.

Annales de Gynécologie et d'Obstétrique, Aprile 1900.

WEIS e SCHUHL. — *Alcune riflessioni a proposito di due casi di rottura spontanea dell'utero e loro cura chirurgica.* Conviene affrettare il parto dalle vie naturali, e se i disordini sono più gravi fare l'isterectomia sopravaginale.

KRAIKIN. — *L'ovarite sclero-cistica.* In questi casi le operazioni conservatrici dànno migliori resultati della castrazione.

LEPAGE. — *Distocia per fibromi uterini.* Caso clinico.

CLAISSE. — *Fibromioma della porzione addominale del legamento rotondo.* Caso clinico.

Reviste de Chirurgie, n. 3-4 marzo e aprile 1900.

JONNESCO. — *Un nuovo dilatatore addominale applicabile in tutte le laparotomie.* È molto ingegnoso, perchè affidate le due valve ad una spranga che si mette nella regione lombare e tenuta fissa da viti in modo che allontanano più o meno le branche senza bisogno di aiuti.

JAVITZN e MIHÀILESM. — *Studio sulla commozione cerebrale.* (In corso di pubblicazione).

COHN. — *Contributo allo studio della cura delle cisti idatiche con la sutura senza drenaggio.* Sono cinque casi che appartengono al prof. Jonnesco.

Centralblatt für Chirurgie, n. 13-14-15-16-17.

SCHOEMAKER. — *Sutura a piani senza punti perduti.* È una sutura a catenella, che si esegue coll'ago del Reverdin per potere infilare rapidamente il capo filo che deve accavallarsi con l'altro. Niente di speciale.

SCHUCHARDT. — *Sulla maschera per operazioni.* È la descrizione di una copertura della testa e di un bavaglio per operare asetticamente.

KRAUSE. — *Decorso del ganglio di Gasser.* È il processo di Quenu e Sebileau, modificazione di quello di Rose; dalla via cranica.

BARACZ. — *Sulla tecnica di chiusura del lume intestinale.* Incappuccia l'intestino e poi sutura alla Lembert. S'invagina il moncone intestinale profondo 9 cent. ed i punti devono comprendere solo la sierosa e muscolare.

Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Band 54 Heft 5-6, febbraio 1900.

XXIII. WEBER. — *Sulla casuistica degli ascessi subfrenici consecutivi ad appendicite.* Su 600 casi di infiammazione del ceco operati da Sonneburg si trovano 350 casi di appendicite con formazione di ascessi, 9 dei quali sono complicati da ascesso sub-frenico, cioè il 2,5 $^0/_0$. Ne furono operati 7 con 4 guarigioni. In generale si ha in questi casi che l'appendice si trova in alto, vicina al fegato. Si trova per lo più continuità fra l'ascesso subfrenico e quello appendicitico; ed essendo questo intraperitoneale lo sarà del pari quello subfrenico. Sei volte vi era anche piotorace. I disturbi subiettivi sono in generale lievi. La puntura esploratrice ha un grande valore. L'incisione larga e la resezione delle coste è la cura preferibile. Conviene tralasciare le irrigazioni della cavità ascessuale. Conviene drenare.

XXIV. Leppmann. — *Sulle cisti genuine del fegato.* Le divide in cinque gruppi, e cioè: da stasi biliare, ad epitelio vibratile, dermoidi, epiteliali (cistodenomi), linfatiche. Si trovano più frequentemente nelle donne che negli uomini, ed in età avanzate. La diagnosi è abbastanza difficile, e l'atto operativo è la sola cura possibile, e più specialmente l'estirpazione, se possibile.

XXV. Martin. — *Contributo alla sintomatologia dell'ernia vescicale incarcerata.* Dimostra che non è raro il fatto dell'incarceramento.

XXVI. Subbotié. — *Contributo alla patologia e terapia chirurgica di alcune affezioni della milza.* Sono otto interventi, in due dei quali vi erano raccolte sanguigne sotto-cassulari. Egli crede che in date circostanze una emorragia sub-capsulare può sollevare, in un'estensione maggiore o minore, la capsula della superficie convessa malgrado i suoi legami saldi col parenchima. Pensa che si possono avere emorragie anche nel tessuto della cassula splenica ispessita stessa o tra questa e l'involucro peritoneale splenico.

XXVII. Husemann. — *Ulteriori contributi all'anestesia chirurgica nel medio evo.* Crede con sicurezza che nel medio evo si usassero piante narcotiche come anestesiche.

XXVIII. Wildbolz. — *Contributo casuistico e sperimentale dell'osteomielite cronica.* Ne descrive cinque casi, ed in tutti si trovarono gli stafilococchi quali agenti morbosi. La vitalità di questi agenti infettivi è sempre notevolmente indebolita. Le contradizioni fra esperimento ed osservazione clinica non sorprendono, perchè si sa che la dose del materiale infettivo inoculata è inesatta, e la resistenza degli animali varia: di più il decorso clinico di una osteomielite stafilomicotica non dipende soltanto ed unicamente dalla virulenza dei germi infettivi penetrati, ma anche dal loro numero e a prescindere dalla resistenza generale del paziente e dalle condizioni vitali locali che trovano i cocchi annidati in un luogo qualsiasi del corpo.

XXIX. Riedinger. — *La spalla vara.* È la storia di un caso, nel quale l'arto era abdotto, esteso e rotato all'indentro dell'omero. Un'altra osservazione gli dimostra che è da porsi a lato della coxa vara.

XXX. Klapp. — *Un caso di trapianto osseo esteso.* È la storia clinica di un caso, nel quale il difetto osseo che interessava quasi tutta la diafisi dell'omero venne sostituito con un lungo pezzo di osso resecato dalla faccia anteriore della tibia, il quale venne infitto colle sue estremità nelle cavità midollari dei frammenti dell'omero. Il resultato fu eccellente, e fu potuto controllare anche con la radioscopia.

XXXI. Baracz. — *Incarcerazione retrograda dell'omento con torsione nella cavità addominale.* Caso clinico.

XXXII. Waitz. — *Un caso di guarigione di una peritonite per perforazione di un'ulcera del ventricolo, mediante la laparotomia.* Caso clinico.

XXXIII. Martens. — *Di un interessante tumore sanguigno.* Caso clinico.

XXXIV. Riviste bibliografiche.

Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Band 55 Heft 1 e 2 marzo 1900.

I. König e Pels-Leusden. — *Sulla tubercolosi dei reni.* Bisogna distinguere la tubercolosi solitaria del rene, e quella estesa alla pelvi renale ed alle vie urinarie inferiori. Nella prima di raro si trovano i bacilli nell'o-

rina e può rimanere latente per molto tempo: difficile diagnosticarla al primo stadio, e se lo si potesse la prognosi sarebbe migliore. In molti casi si osserva il passaggio della forma solitaria alla pielitica, e la causa occasionale spesso è un trauma, una stimolazione tossica, l'uso della trementina. Allora si hanno dolori renali fino al grado di colica; stimolo di orinare e dolori alla minzione. Orina acida e torbida, spesso sanguinolenta ed anche vere e proprie emorragie. Nell'orina si trovano molti epitelî fusiformi, della pelvi renale, della vescica e poi cumuli di batterî; non sempre i bacilli del Koch, e da ciò i dubbî nella diagnosi. Dubbia la prognosi, sebbene possa dirsi che la guarigione è difficile senza l'estirpazione del rene. Colla resezione del rene si ha guarigione della ferita ed ingrossamento del rene in modo che si può essere certi di non avere consecutivamente anuria. Deve essere però limitata alle forme ematogene, cioè a quelle che si accompagnano ad infezione secondaria delle vie orinarie discendenti. Nella pielite tubercolare conviene la nefrotomia. La sola operazione radicale è la nefrectomia. König ne ha fatte 18 con 6 morti.

II. ENDERLEN. — *Sull'innesto d'omento nei difetti della vescica.* Ha fatte le esperienze nei cani e nei gatti. Ha dimostrato che l'epitelio della vescica che con facilità si rigenera ben presto ricopre l'omento innestato. Non si trovano prolungamenti profondi dell'epitelio, eccetto lungo i fili di sutura. Nell'omento trapiantato si vedono porzioni di proliferazione e poi raggrinzamento. Pochi sono i casi nei quali può applicarsi il processo.

III. GROHÉ. — *Dei cisto fibro-sarcomi della mammella con metaplasia epidermoidale.* Sono due casi, che aggiunge ai 14 che si hanno nella letteratura, nei quali si è trovata la struttura epidermoidale nel cisto-sarcoma.

VI. BURKHARDT. — *Posizione clinica ed anatomo-patologica degli adenomi surrenali maligni del rene.* Sono 4 casi di tumori del rene originati da residui strozzati di sostanza delle glandole surrenali. La sintomatologia clinica è quella dei tumori maligni, sebbene si possa avere uno stadio benigno del tumore. La loro cura è l'estirpazione.

V. BARACZ. — *La tecnica dell'antro-atticotomia.* In tre casi per abbreviare la cura ha trapiantato nel difetto osseo un coperto col lembo di Stack dei piccoli lembi di cute alla Thiersch, e poi ha trapiantato un lembo più grande preso dalla pelle vicina del collo.

VI. SCHMIDT. — *La cura degli ascessi retrofaringei.* Non si sceglie la via più comoda e cioè la faringea perchè non penetri il pus nelle vie aeree e da questo tutte le complicanze successive. È per ciò che bisogna prescegliere la via esterna del collo, come ha fatto in 15 casi.

VII. MÜHSAM. — *Esperimenti sull'appendicite.* Nel coniglio potè produrre appendicite gangrenosa, ma però aveva legati dei vasi diminuendo così la nutrizione dell'intestino. Vide che i segmenti periferici sono più minacciati di quelli centrali, e che sono prevalentemente di natura locale in opposizione a ciò che si osserva nell'uomo. Forse è questo per la densità del pus. I traumi nulla produrrebbero. Gli esperimenti sono poco concludenti, e ciò, come dice l'Autore, per la picciolezza degli animali.

VIII BERNARD. — *Un caso di ernia otturatoria incarcerata.* Caso clinico.

IX. LICHTENAUER. — *Sulle fratture della rotula e loro cura.* Tre casi clinici.

X. *Riviste bibliografiche.*

Beiträge zur klinischen Chirurgie, 25.° Vol. 3.° fascicolo.

XXI. Clumsky. — *Ricerche sperimentali sui diversi metodi di riunione intestinale* (dalla *clin. chir. di Breslavia*, prof. Mikulicz).

L'A. constata come da parecchi anni vi sia un ristagno nello studio delle anastomosi intestinali, e si propone di rispondere alla seguente domanda: quali mutamenti sopravvengono a turbare la solidità delle anastomosi intestinali dopo varî periodi di tempo. Nel paragrafo sulla solidità delle pareti dell'intestino tenue normale e patologico osserva che esso non può sopportare una pressione di 400-500 mm. di mercurio, ad un riempimento maggiore, la prima a rompersi è la sierosa, poi si lacerano le fibre muscolari circolari, poi le longitudinali, infine la sottomucosa. Passa quindi a studiare la solidità delle anastomosi intestinali operate; a ciò egli impiega i due metodi della cucitura dell'intestino usato nella clinica del Mikulicz, e dei bottoni (con bottoni di Murphy). Dalle sue esperienze non potè trovare una notevole differenza nella solidità fra le anastomosi per cucitura e per bottoni.

Sole la solidità delle anastomosi circolari riescì, in generale, superiore a quelle longitudinali.

La solidità della riunione intestinale avviene dopo circa otto giorni, al cui termine la parete intestinale incomincia ad assomigliare alla parete normale ed intatta.

Da ultimo tratta della cura che deve aversi dopo l'atto operativo.

XXII. Haas. *Sulla trapanazione nei tumori del cervello* (*Clin. chir. di Heidelberg.* prof. Czerny).

L'A. aggiunge 7 casi nuovi a quelli già riportati dal Beck di trapanazione del cranio per tumori nella sua statistica che va dal 1884, l'anno della prima trapanazione per tumori endocraniani, al 1892.

Di questi 7 casi operati nella clinica di Czerny dal 1890 al 98, 3 ebbero esito di guarigione.

Czerny ha nel suo materiale una mortalità nel 57 %. L'A. dà le norme per rilevare i sintomi dei tumori, e farne la diagnosi.

XXIII. Ancshütz. — *Sulla chiusura primitiva delle ferite senza drenaggio ed il condensamento del secreto della ferita nelle ferite asettiche* (*Clin. chir. di Breslavia*, prof. Mikulicz).

Vi sono tre categorie di ferite, nelle operazioni:

1.° Quelle fatte nei tessuti che permettono una unione liscia ed esatta dei lembi, per le quali vale la cucitura.

2.° Quelle fatte in profondità, e che lasciano piccola cavità nei tessuti, per le quali si può lasciare, o non lasciare a seconda delle vedute individuali, aperta la pelle al di sopra.

3.° Quelle che lasciano grande cavità nei tessuti, e che sino ad oggi sono trattate col drenaggio.

Si pensò in questo ultimo caso che gli spazî vuoti siano un terreno adatto e favorevole alla infezione; o che il sangue stesso ivi accumulandosi agisca come corpo straniero producendo infiammazione locale e che in tal modo sia impossibile il restringimento della ferita profonda, anche quando quella superficiale sia saldata.

Questi sono i criterî che consigliano, sino ad ora il drenaggio in tali circostanze. L'A. discutendo queste idee, e riportando una ricca statistica di casi viene alla conclusione che il condensamento del secreto nelle ferite asettiche possa effettuarsi anche senza il drenaggio, il quale è perciò sconsigliato.

XXIV. Steinthal. — *Relazione del reparto chirurgico dell'ospedale divisionale evangelico di Stuttgart nell'anno 1898* (medico primario Steinthal).

Il numero degli ammalati nel 1898 in detto ospedale ascese a 558, di cui 556 operazioni furono fatte sotto narcosi.

Tra queste si annoverano 61 laparotomie, 81 estirpazioni di tumori, 59 operazioni ginecologiche senza laparotomia. L'A. espone i suoi metodi di trattamento delle ferite; indi riporta le varie affezioni curate colle relative storie dei casi clinici suddivise in affezioni: al capo e all'orecchio; al collo ed alla nuca; al petto ed alla schiena; al ventre; al retto e all'ano; alla regione del bacino e dei lombi; agli organi genito-urinarî maschili e femminili; alle estremità superiori, alle inferiori.

XXV. Petersen e Exner. — *Sul fungo-fermento e la formazione dei tumori* (*Clin. di Heidelberg* prof. Czerny).

Negli studî di questi ultimi anni sulla genesi dei tumori maligni ispirati alla teoria parassitaria si invocarono dapprima i batteri, poi i protozoi, infine il fungo-fermento quali agenti del male. I bacteri ed i protozoi furono però presto scartati; il fungo-fermento invece sembra avere ancora assai probabilità d'essere considerato come l'elemento specifico del cancro. L'A. intraprese una serie di esperienze sulle cavie e sui topi col Sacharomyces neoformans di Sanfelice; da queste però egli ne deduce che sino ad ora noi non possiamo dimostrare la etiologia dei tumori maligni ricorrendo al fungo-fermento.

XXVI. Dörfler. — *Sulla cucitura delle arterie* (*Clin. chir. di Rostocker*, prof. Garrè).

Nonostante i progressi della chirurgia, il campo della cucitura delle arterie non è ancora molto sicuro, e tale atto operativo è considerato da molti con ogni miscredenza. L'A. interpone a meglio chiarirlo una serie di esperienze sugli animali. Egli dichiara il metodo di invaginazione di Murphy quale il migliore da curarsi nel congiungimento delle arterie. Espone le sue esperienze brillantissime condotte col metodo della semplice cucitura e della invaginazione.

XXVII. Hiller. — *Sulla tubercolosi della muscolatura della parete del ventre* (*Diakoniyenhause di Stuttgart*, dott. Stinthal).

Già König nel 1889, e Ziegler nel 1895, accennavano alla possibilità di una tubercolosi dei muscoli primaria, ematogena, oltre a quella che sopravviene secondaria alle affezioni di organi in vicinanza (articolazioni, ossa, glandole linfatiche tubercolari). L'A. studia questa affezione primaria, e dà i dati per la diagnosi e la terapia.

XXVIII. Rheinwald. — *L'operazione del carcinoma mobile del retto per mezzo della invaginazione e dell'allacciamento elastico.*

Dopo esposti varî casi clinici conchiude che i carcinomi mobili del retto debbono essere trattati colla legatura elastica, poichè i risultati durevoli di questo procedimento non sono punto inferiori a quelli ottenuti colla estirpazione cruenta, e superano questi per la rapidità ed il nessun pericolo che tale metodo presenta.

RASSEGNA DELLA STAMPA

Michelazzi Alberto. — *Contributo alla casuistica dei tumori del sistema nervoso centrale.* (Il Morgagni, n. 3). Sono trenta reperti anatomo-patologici eseguiti alla Scuola del prof. Maffucci a Pisa, e dai quali trae le seguenti conclusioni: 1.° Nei tumori del lobo frontale, ed a preferenza di quella porzione detta lobo prefrontale, i sintomi clinici più salienti sono in relazione ad alterazioni della psiche, che possono variare dall'ipocondria alla demenza, alla mania, alla perversità morale; 2.° Nei tumori della zona Rolandica, oltre gli altri sintomi coi quali si esplica una lesione di tale zona è frequente specialmente sull'inizio la forma convulsiva che riveste i caratteri dell'epilessia jacsoniana; 3.° Nei tumori del lobo parietale, si hanno quali sintomi salienti l'alessia, l'agrafia, la parafasia, e meno frequentemente il turbamento del senso muscolare e la ptosi corticale; 4.° Nei tumori del lobo occipitale sinistro, il sintoma più importante è la cecità verbale, nelle sue due forme di alessia letterale e di cecità verbale psichica. L'emianopsia può essere sintoma tanto di un tumore localizzato nel lobo occipitale destro, che nel sinistro; 5.° Nei tumori della base i sintomi sono legati a preferenza alle manifestazioni da parte dei nervi craniensi e quindi a seconda della localizzazione dei tumori stessi. I fenomeni da parte del nervo ottico sono i più frequenti. 6.° I sintomi principali di un tumore cerebellare sono la vertigine, la titubazione cerebellare, e l'astenia muscolare. Frequenti come sintomi di compressione, i disturbi amaurotici ed ambliopici. 7.° Nelle storie cliniche dei casi riportati si sono riscontrati sempre costanti i sintomi principali generali di un tumore cerebrale: cefalalgia, vomito, convulsioni. Quando questi tre sintomi clinici coesistono, coi loro speciali caratteri, devesi sempre ventilare l'ipotesi di una neoplasia cerebrale. Collo studio esatto delle localizzazioni cerebrali, una parte della neoplasia del sistema nervoso centrale escono dal dominio del clinico medico per entrare in quello del chirurgo. La chirurgia cerebrale, per quanto sorta in questi ultimi tempi, conta già centinaia di successi e di guarigioni complete, alcune delle quali perdurano da parecchi anni. Gran parte però dei tumori cerebrali sfuggono all'opera del chirurgo, sia per la natura, che per la localizzazione loro.

Guidone Prospero. — *Un nuovo processo per iscoprire i ventricoli del cuore* (*Gazzetta Internazionale di Medicina Pratica*, N.° 6, 1900). Ecco il

processo. Incisione trasversale per dieci, dodici centimetri a tutto spessore della parete toracica nel quarto spazio intercostale sinistro, proprio rasente il margine inferiore della quarta costola, estendentesi dalla linea margino-sternale fino oltre il capezzolo della mammella omonima. Dalla sua estremità interna si abbassa una seconda incisione verticale, di circa dodici centimetri, sino al bordo costale. Col bisturi si interessano prima i comuni tegumenti, ed indi si recidono la 5.ª, 6.ª e 7.ª cartilagine, ciò che riesce agevole anche nei vecchi senza bisogno neanche di ricorrere al costotomo, come ho potuto constatare, sperimentando su molti cadaveri. Dallo estremo inferiore del taglio verticale se ne fa partire un terzo di *dègagement*, di sei a otto centimetri, decorrente lungo il bordo costale e interessante i comuni tegumenti sino quasi al connettivo sottoperitoneale. Così viene scolpito un lembo condro-plastico iuxtasternale, di forma romboidale.

Giordano Davide. — *Considerazioni intorno ad alcuni casi di affezioni del ventricolo* (*Rivista Veneta di Scienze Mediche*, 15 Marzo 1900). Da alcuni casi studiati ed operati viene a queste conclusioni: La cura chirurgica è indicata per le complicazioni dell'ulcera gastrica che rendono la nutrizione impossibile, come vomiti continuati, dolori ostinati e ribelli, emorragie ripetute, prolungarsi dell'ixochimismo. Per le ulceri in corso di evoluzione la cura medica potrà valersi oltre che della dieta di latte, bevuto in modo conveniente, del riposo dello stomaco e dei clisteri alimentari o dissetanti, anche della ipodermoclisi e delle iniezioni sottocutanee di olio, di acqua albuminosa, di somatose, di gelatina. Se questi mezzi falliscono, la cura appartiene al chirurgo che interverrà in generale colla semplice gastroenterostomia, riservando le operazioni più gravi ai casi di perforazione avvenute od imminenti, o di erosioni di grossi vasi. L'intervento chirurgico è necessario nelle stenosi piloriche prodotte da ulceri gastriche o da altra causa qualsiasi; esso in ogni caso non si offre in opposizione alla cura igienica e medicamentosa, ma se ne vale come di utile complemento, pure ponendo il malato in condizioni da fruire di una dieta più generosa. Non è sempre possibile stabilire sicuramente se un tumore pilorico sia di natura maligna od infiammatoria; non vi hanno ragioni per affermare che una gastro-enterostomia sia cura preventiva del cancro; essa può invece, permettendo di migliorare la nutrizione, e ponendo in riposo un piloro malato, provocare una regressione nelle complicazioni infiammatorie di un neoplasma, e renderne più opportuna l'asportazione in secondo tempo.

BIBLIOGRAFIA

Lejars Félix. — *Traité de Chirurgie d'Urgence*, Masson Editeur, Paris 1900. È la seconda edizione di quest'opera in meno di un anno, e ciò ne dice tutto il suo grande valore. Varie sono le aggiunte fatte e le modificazioni compiute. Raddoppiato il capitolo delle Fratture; aggiunti i capitoli sui corpi estranei delle fosse nasali, delle ferite del cranio, faccia e lingua,

Ascessi della bocca e gola, Flemmoni del collo, Nefrotomia, Ascessi della prostata, Parafimosi, Ascessi dell'ano e del retto, Dilatazione anale, Ferite articolari, Suture, Ascessi, Flemmoni, ecc. E tutto questo corredato da altri 130 disegni nuovi. È un volume al quale gli elogi sono un debito, perchè meritati senza veruna restrizione.

A. CECCHERELLI.

BOUCHARD e BRISSAND. — *Traité de Médecine,* Tome IV, Masson 1900. È questo il quarto Volume della seconda Edizione di questo pregevole Trattato. Delle malattie della bocca e della faringe ne è Autore il Rualt; quelle dello Stomaco e del Pancreas le ha descritte il Mathieu; e per ultimo illustra quelle dell'intestino e del peritoneo il Courtois-Suffit. Sono tutti argomenti i quali oggidì hanno rapporti molto intimi con la Chirurgia, ed è davvero confortante il vedere come Medici distintissimi come i tre da me citati si fanno alleati del Chirurgo, il che vuol dire favorire dei successi. Il lavoro è degno della massima lode.

A. CECCHERELLI.

PONCET ANTONIN e DELORE XAVIER. — *Traité de l' Urethrostomie périnéale dans les Rètrecissements incurables de l'Urèthre,* Paris Masson et C. 1900 Lo scopo di quest' operazione è quello di creare un vero meato contronatura nel perineo per taluni restringimenti dell' uretra, che delle lesioni estese della mucosa, traumatiche, inflammatorie, che terminano con una stenosi ribelle e costituiscono per la loro diffusione, la loro profondità, la loro molteplicità, ecc. una malattia ribelle. Lo scopo, si comprende, è quello che si compia la mizione. La prima uretrostomia perineale fu eseguita nel 1892, ed a quest' ora sono già ventitre i casi curati in questo modo. Il meato contro-natura è stato creato al disotto dello sfintere vescicoprostatico, e da ciò nessun inconveniente. I tempi dell'operazione sono cinque: 1.° Incisione cutanea sul rafe perineo-bulbare. 2.° Incisione del rafe perineobulbare per una profondità di 2 a 3 centimetri. 3.° Ricerca dell' uretra e spostamento del bulbo. 4.° Sezione dell'uretra e dissezione del capo posteriore. 5.° Sezione metodica dei margini dell'apertura uretrale con i margini della ferita perineale. È certo che l' operazione è ingegnosa e nei casi di restringimento addirittura insormontabile può essere utile.

A. CECCHERELLI.

KOLISCHER. — *Les Maladies de l' urèthre et de la vessie chez la femme,* Felix Alcan, Paris 1900. In generale si trattano ampiamente queste malattie dell' uomo, ma si sorvola per ciò che riguarda la donna. Eppure sarebbe necessario uno studio accurato perchè si hanno delle differenze notevoli. È appunto quello che ha fatto il Kolischer in questo libro, seguendo i dettami dello Schauta di Vienna, il quale, a dire dell'autore, ha una tendenza accentuata, ed io aggiungo giustificata, di porre di fronte la ginecologia e le altre specialità dell'arte di guarire. È questo il libro, che tradotto dal Beuttner di Ginevra, è pubblicato e divulgato adesso in Francia, certamente apprezzato come e quanto merita.

A. CECCHERELLI.

Trattato Italiano di Chirurgia, Vol. II. *Malattie dei Tessuti*, Parte II. *Malattie dei vasi e loro cura*, Fascicoli 27 e 28. — RATTONE GIORGIO. *Malattie dei vasi e glandole linfatiche.* — BANTI GUIDO. *Malattie delle Arterie e vene e loro cura*, Vol. VI. *Malattie degli Arti e loro cura*, Parte I. *Arti Superiori*, Fascicoli 29 e 30. — CATTERINA. *Malattie del braccio, gomito, avambraccio e mano*, Milano, Casa Editrice Dottor Francesco Vallardi, 1900.

Dizionario pratico illustrato delle Scienze Mediche, Vol. I, Fascicolo 8, Casa Editrice Dottor Francesco Vallardi Milano, 1900.

PEPERE ALBERTO. — *Le Cisti dell' ovaia* (Dal *Policlinico*) (Vedi Clinica Chirurgica, Pag. 64 del 1900).

TITONE MICHELE. — *Intorno alcuni casi di Chirurgia*, Palermo 1900 (Sono 34 casi importantissimi operati dal Titone in sostituzione dei Primari dell'Ospedale. Interessanti una craniectomia e delle strumectomie.

Trattato di Ostetricia e Ginecologia, Fascicoli 69 e 70 (Ginecologia Professor MANGIAGALLI) Vallardi Milano 1900).

TILLMANNS. — *Trattato di Patologia Generale e Speciale Chirurgica*, Volume 3.°, Puntata 2.ª, Vallardi Milano 1900.

PARLAVECCHIO. — *Contributo alla cura dei prolassi uterini col processo Mazzoni* (Dalla *Clinica Ostetrica*), 1900). Sono le storie di cinque casi dichiarando il processo Mazzoni uno dei migliori.

BOARI ACHILLE. — *Ernia dell' uretere destro nel canale inguinale*, Ferrara 1899 (Vedi *Clinica Chirurgica* del 1899 a Pag. 630).

BOARI ACHILLE. — *Operazione cesarea alla Porro con taglio longitudinale sul fondo in primipara, per stenosi pelvica, con esito felice per la madre e per il feto*, Ferrara 1899.

COLI GAETANO. — *Relazione morale e finanziaria per la fondazione di un Convitto Cooperativo di educazione pei figli dei Sanitari e Progetto di Statuto della Società Anonima Cooperativa per la costituzione di detto convitto*, Milano 1900 (È una bella Relazione di un'Istituzione santa ed utile, alla quale converrebbe che tutti i Sanitari facessero buona accoglienza trattandosi di provvedere economicamente all'istruzione dei figli di Colleghi i quali si trovano in paesi in cui l'istruzione è impossibile. Il Convitto Cooperativo dovrebbe sorgere per 100 ragazzi a Piacenza, e con una retta annua di Lire 350.

MATTOLI ARISTIDE. — *Contributo clinico alla diagnosi e al trattamento della gravidanza tubarica* (Dalla *Clinica Ostetrica*, 1900).

G. D. FRANCISCO. — *Ueber die Lehre der Bruchentzündung ohne Einklemmung* (Dal *Beitrage zur klinische Chirurgie*, Band XXVI, Heft 2) (Vedi Rivista dei Giornali di Chirurgia).

CARDARELLI ANTONIO. — *L'intervento chirurgico nelle grandi dilatazioni di stomaco* (Dalla *Rivista Critica di Clinica Medica*) (Vedi Argomento del giorno).

GUARNERI ARTURO. — *Contributo all'estirpazione della laringe e sua protesi artificiale* (Dall' *Archivio Italiano di Otologia*) (Vedi Rivista dei Giornali di Chirurgia).

BARBIANI GUIDO. — *La lavatura della vescica urinaria in rapporto all'assorbimento.* Dal *Bollettino delle Scienze Mediche di Bologna.* (Conclude che l'epitelio vescicale è impermeabile allo stato sano, e che la sua impermeabilità può perdersi facilmente o per lesioni verificatesi nella sua struttura o per un disturbo prodottosi nella sua funzione).

Odisio Lorenzo. — *Mano torta radiale destra ed imperforazione incompleta dell'ano d'origine congenita,* Voghera 1900 (Caso clinico interessante).

Odisio Lorenzo. — *Resoconto statistico clinico della Sezione Chirurgica dell'Ospedale di Voghera,* Quinquennio 1896, 97, 98 e 99, Voghera 1900. È una statistica di 1571 malati con 656 operazioni e 20 morti.

Ruggiero. — *Un caso di iperidrosi faciale di origine nervosa* (Dagli *Annali di Medicina Navale,* Roma 1900). Caso di grande importanza e rara.

Mariani Carlo. — *Grave infezione puerperale dell'utero accompagnata da peritonite acuta. Isterectomia vaginale. Guarigione* (Dall'*Archivio di Ostetricia e Ginecologia,* 1900).

Slajmer. — *Die Behandlung der Spina bifida, mit besonderer Berücksichtigung der Heteroplastik* (Dalla *Wiener Medicinischen Wochenschrift,* 1900).

Capurro Mariano. — *Ueber den Werth den Plastik mittelst quergestreiften Muskelgewebes* (Dagli *Archiv für klinische Chirurgie*, Band 61, Heft I) (Vedi Rassegna della stampa).

Giordano Davide. — *Considerazioni intorno ad alcuni casi di affezioni del ventricolo* (Dalla *Rivista Veneta di Scienze Mediche*) (Vedi Rassegna della Stampa).

Raffa Arturo. — *Resoconto Statistico-Sanitario per l'Anno 1899,* Vicenza 1900. Se ogni Clinica, ogni Ospitale pubblicassero le proprie statistiche, si verrebbe a riconoscere come le migliori sieno quelle presentate dagli Istituti ridotti nel modo più perfetto e forniti di tutti i mezzi profilattici, diagnostici e terapeutici. Così dice e con ragione il Raffa, il quale presenta una statistica di 552 operazioni.

Labus Carlo. — *Nozioni d'Igiene Vocale,* Milano 1839.

Schiassi B. — *Sulla anestesia del midollo spinale*, Tip. Gamberini, Bologna, 1900. In questo scritto è riferito di otto infermi operati col sussidio dell'anestesia spinale. Due amputazioni dell'arto inferiore, una Moreschi, una cistotomia sopra-pubica, una isterectomia addominale totale, una Bassini, una distruzione di fistola anale col termocauterio, una resezione di retto carcinomatoso. Fu notata una durevole ed assoluta anestesia negl'interventi sul retto e sulla vescica; qualche accenno al ritorno sollecito della sensibilità (20, 25 minuti) nelle operazioni sugli arti; piccola percezione del dolore durante il taglio laparotomico ma solo nella sua parte alta, e nulla durante l'ablazione dell'utero. Nessun incidente spiacevole. Lo Schiassi oltre l'avere modificato nell'iniezione la tecnica del Bier, ha adoperato e propone l'uso della *trinitrina* associata colla cocaina e colla morfina. Quanto alla dose della cocaina in un caso, cura del Moreschi, nel quale furono iniettati soli 5 millig. di alcaloide, l'anestesia apparve insufficiente, dove un centig. servì sempre ed ottimamente allo scopo.

Dai fatti riportati nel lavoro dello Schiassi risulta la peculiare importanza di questo metodo anestetico, sopra tutto quando al Chirurgo abbisogni di eseguire atti operatorî pur anche di grande entità negli organi sottoposti alla zona ombelicale e su infermi col rene e col cuore che non ammettono una narcosi generale prudente.

Schiassi Benedetto. — *Un caso di resezione dello sterno, delle clavicole e delle prime costole per condro-sarcoma* (Dal *Policlinico* 1899).

CRONACA.

Sono morti il Prof. Saxtorph, Clinico Chirurgico a Copenhagen, e Hofmokl Straordinario di Chirurgia a Vienna.

Lord Lister è stato nominato Chirurgo ordinario della Regina d'Inghilterra al posto di Sir James Paget, morto; e Frederick Treves succede a Lord Lister come Chirurgo Straordinario.

Poppert è nominato Professore di Clinica Chirurgica a Giessen in luogo di Bose che si è ritirato dall'insegnamento.

Missaglia Giuseppe, *Gerente responsabile.*
Tip. della Casa Editrice Dott. Francesco Vallardi, Milano.

Dall'Istituto di Clinica Chirurgica operativa della R. Università di Parma
diretto dal Prof. ANDREA CECCHERELLI

CONSIDERAZIONI CLINICHE-SPERIMENTALI

SULLA PATOGENESI DELLE ALTERAZIONI GASTRICHE
CONSECUTIVE ALLE STENOSI BENIGNE DEL PILORO
E STUDI
SUI RESULTATI PROSSIMI E REMOTI DELLA GASTROENTEROSTOMIA E PILOROPLASTICA

PEL

Dott. G. B. GHERARDI

(Continuazione. V. N. 5)

Rosenheim ha fatte le medesime ricerche su 4 operati, ma non parla diffusamente che di uno, il quale presentava lo stomaco a 4 dita trasverse sotto la cicatrice ombelicale, aveva manifesto senso di guazzamento, succo gastrico acidissimo per acido cloridrico libero, ipersecrezione, condizioni tutte che subirono notevoli modificazioni dopo la gastro-enterostomia. In questo tempo lo stomaco a digiuno era vuoto, 1 ora e $^{3}/_{4}$ dopo il pasto di prova non conteneva più alimenti. Studiato 4 mesi dopo si trovava che le funzioni motrici e secretorie erano completamente normali. Lo stomaco gonfiato artificialmente discendeva all'ombellico. Non più disturbi soggettivi. Il peso era aumentato di 52 libbre. Degli altri tre casi nessuno presentava miglioramento nell'attività motrice.

Hayem studiò la funzionalità gastrica in un caso di stenosi cicatriziale consecutiva all'ingestione di cloruro di zinco; esso a digiuno ritirò una certa quantità di liquido e 2 ore e $^{1}/_{2}$ al pasto di prova lo stomaco non era ancor vuoto. Quattro mesi dall'operazione 1 ora e $^{1}/_{2}$ dal pasto di prova lo stomaco non era ancor vuoto, La digestione era difficile, però lo stomaco aveva compiuto un certo lavoro.

Mathieu constatò che lo stomaco si vuotava con difficoltà ed il liquido secreto era pressochè uguale per quantità alla misura fisiologica.

Kischkine dice che un malato con vomiti continui, pirosi, rigurgito acido, con turbamento peristaltico, collo stomaco a 3 dita sotto

l'ombellico e che conteneva sempre a digiuno quantità forte di liquido fetido, acido per HCl libero: 2 mesi dopo l'operazione la gran curva stava sopra l'ombellico di 2 dita trasverse, non v'era nello stomaco a digiuno più liquido, l'acidità divenuta normale, non più sarcine nè fermenti figurati, un po' di bile, assorbimento normale, stato generale eccellente, aumento in peso di 28 libbre.

Il dottor Geza Kövesi in un caso di ipercloridria curato colla gastro-enterostomia trovò dopo l'operazione notevole diminuzione nel grado di iperacidità (da 79 a 38): il microscopio dimostrò la risoluzione delle condizioni irritative della mucosa stomacale mediante la disposizione dei nuclei cellulari di Jaworski, così migliorava l'amilolisi. Nell'esame delle dimensioni dello stomaco e dell'attività motrice riscontrò vantaggio in quanto che 3 settimane dopo l'operazione il limite inferiore dello stomaco si trovava a 3 cm. in sotto l'ombellico e non ebbe però ritorno perfetto alla norma. Il grado e l'intensità della fermentazione gazosa, la quale 4 settimane dopo l'operazione era ancora abbastanza intensa ed anche dopo 3 mesi non cessava interamente sebbene in questo tempo non assumesse un decorso molto protratto, limitandosi in 24 ore solo alla formazione di alcune bollicine ed assumendo dimensioni più rilevanti soltanto dopo 36 ore.

Un lavoro interessantissimo su questo argomento è stato compiuto dal Guedy: egli osservò lo stato di 10 ammalati prima e dopo la gastro-enterostomia e giunse alle conclusioni che lo stato generale migliorava molto, scompariva il liquido residuale e l'ipercloridria veniva rimpiazzata da un certo grado d'ipopepsia. Persistenza della digestione gastrica per la ritensione, per un certo tempo, degli ingesti nello stomaco; assorbimento normale: il nuovo piloro funzionava come il vero; l'intervento devesi eseguire a tempo opportuno; la gastro-enterostomia essere il trattamento curativo delle stenosi moderate e ristrette.

In Italia solo Carle e Fantino fecero simili osservazioni su 19 operati di gastro-enterostomia per stenosi benigna e conclusero:

1.° In quasi tutti, se non in tutti gli operati, vi è in maggiore o in minore grado e per un periodc che varia da due a molti mesi riflusso di bile nello stomaco.

2.° Questo riflusso non intralcia la guarigione in quanto che tutti gli operati stanno, malgrado ciò, ottimamente.

3.° L'ipercloridria cessa col cessare del ristagno.

4.° L'ipocloridria e l'ana persistono malgrado il miglioramento della funzione motoria.

5.° Lo svuotamento dello stomaco dopo l'operazione è accelerato anzi che ritardato.

6.° Lo stomaco ritorna dopo un certo periodo alla sua capacità abituale.

7.° Attorno al nuovo orifizio si va a formare una specie di sfintere che rende lo stomaco continente.

8.° La gastro-enterostomia posteriore dà dal lato funzionale risultati incontrastabilmente migliori che l'anteriore.

9.° La mortalità è notevolmente diminuita dall'uso del bottone di Murphy.

Hartmann e Soupault (l. c.) riferiscono su 20 gastro-enterostomizzati. Di essi solo qualcuno era affetto da stenosi benigna, gli altri da stenosi maligna. I loro risultati, rispettivamente ai primi ora detti, non differiscono molto dagli altri, sia perchè trovarono il miglioramento dello stato generale sia perchè la funzionalità gastrica motoria e secretoria era di molto migliorata. Però riscontrarono, dopo un certo tempo, in un caso di stenosi da ulcera ed in uno di malattia di Reichmann, ancora forte dilatazione gastrica. La continenza dello stomaco per opera del nuovo sfintere era perfetta. La funzione motrice alquanto migliorata ma sempre insufficiente; l'acidità era ridotta sempre a cifre minime. Ritornano normali le secrezioni. L'ultimo lavoro recentemente pubblicato su questo argomento è quello del Kausch (Mitheilungen. Vol. V, fasc. 3) il quale riporta questi risultati da osservazioni su operati per stenosi benigna colla gastro-enterostomia e piloroplastica.

1.° La motilità dopo la gastro-enterostomia ritorna normale o inferiore. Dopo la piloroplastica essa lentamente ritorna alla norma e difficilmente sta sotto di essa.

2.° Dopo la gastro-enterostomia l'acidità totale ritorna normale o inferiore, così che il succo gastrico è senza HCl libero e raramente alcalino. Dopo la piloroplastica il tasso di acidità discende lentamente alla norma e raramente sotto di esso.

3.° Spesso, lungo tempo dopo la gastro-enterostomia e dove si ebbe mai diminuzione forte dell'attività motoria e secretoria, esse attività ritornano normali.

4.° Dopo la gastro-enterostomia si trova sempre un po' di bile, fatto che si mantiene per tutta la vita e non porta gravi disturbi. Dopo la piloroplastica si trova meno bile.

5.° Pare che dopo la piloroplastica come dopo la gastroenterostomia le ulceri spesso guariscano, anche quelle che non furono toccate dall'operazione. Ciò avviene anche nei casi in cui prima dell'operazione non si aveva insufficienza motoria.

Mentre varii furono gli esami, come abbiam visto, praticati su operati di gastroenterostomia; pochi ne dobbiamo aggiungere all'ultimo ora detto per la piloroplastica. Un caso fu studiato dal Klemperer che trovò lo stomaco parzialmente retratto. Carle e Fantino esaminando 13 individui (qualcuno operato di divulsione alla Loreta) hanno questi risultati:

1.° Non vi è mai riflusso di bile nello stomaco.

2.° La secrezione cloridrica ritorna normale quando era esagerata.

3.° Essa continua nello statuquo se era deficiente o mancante.

4.° La funzione motoria migliora assai poco nei rari casi, in cui preesisteva atonia muscolare primitiva.

5.° Essa migliora rapidamente fino alla guarigione perfetta in tutti quelli in cui la contrattilità muscolare era normale od esagerata e il ristagno dipende da stenosi fibrosa o da spasmo pilorico.

6.° In tutti i casi lo svuotamento dello stomaco si compie nel periodo fisiologico, solo raramente e per i primi mesi esso può essere ritardato.

7.° La capacità del ventricolo diminuisce sempre, tuttavia raramente questo ritorna al volume normale.

8.° Il piloro ridiventa continente.

Questi solamente sono gli esami praticati sugli operati di gastroenterostomia e piloroplastica per stenosi benigna del piloro. Sintetizzando le osservazioni ora lievemente disposte, si capisce facilmente come l'indirizzo degli sperimentatori nelle loro ricerche fosse duplice; cioè i risultati generali dopo questi interventi e contemporaneamente lo stato funzionale chimico e motorio dello stomaco.

Nel primo capitolo sono compresi e la scomparsa dei sintomi soggettivi ed il miglioramento dello stato generale degli infermi: Guedy dice che le modificazioni che si hanno nello stato generale degli infermi costituiscono il vero trionfo della gastroenterostomia. Il peso del corpo diminuisce nel periodo di degenza subito dopo l'operazione ed è conseguenza del regime dietetico (osserv. IV, XV), ma, appena l'ammalato può nutrirsi, l'ingrassamento si fa in modo rapidissimo tanto da vedere ammalati dopo 3 mesi dall' operazione aumentare 23 Kg. in peso (osserv. di Carle); di 12 Kg. e 300 solo dopo 27 giorni (osserv. XIII) e, dopo un anno, di 34 Kg. (osserv. X). Le forze pure ritornano colla scomparsa dei fenomeni dovuti all' inanizione. La tinta terrea e l' anemia profonda scompajono ed in poco tempo si assiste al ritorno della salute perfetta. Il vomito che tanto disturbava l'ammalato è il primo fenomeno che scompare e ciò agisce potentemente sul morale del paziente che subito diventa di carattere allegro e vivace. I sintomi d' infezione gastrica vengono a mancare col mancato ristagno. L'appetito ritorna, l'operato diventa addirittura vorace, i cibi più non determinano peso e gonfiore all'epigastrio, non si hanno più le eruttazioni acide nè pirosi. L'alito non è più fetido. Il paziente è contentissimo di essersi fatto operare ed in poco tempo diventa irriconoscibile. Kefer, entusiasmato di questi risultati, diceva: « chiunque ha visto una sol volta dopo la gastro-enterostomia uno di questi ammalati che dopo una interminabile serie di notti insonni, può alfine godere il sonno riparatore, che dopo essere stato torturato dalla fame e dalla sete ed aver sofferto vomiti continui, si sente rinascere alla vita, colui se ha cuore non può mancare di dire: Questa operazione o un altra simile, anche se procura al malato solo 50 giorni di tranquillità è il più gran beneficio dell'arte ». Nelle stenosi del pi-

loro sia benigne che maligne la quantità di urina emessa, come la quantità di urea e di azoto totale, è proporzionata al grado di costrizione pilorica. Favorito il deflusso alimentare nell'intestino, quivi si compie l'assorbimento, il quale così ritorna allo stato normale la secrezione dell'urina e dell'urea. Nella stenosi la costipazione è dovuta all'insufficienza dell'ingresso alimentare non ad atonia nè a spasmo: Guedy nella maggior parte degli operati trovò costipazione; Hartmann e Soupault però asseriscono che l'evacuazione dopo un po' di tempo si compie normalmente. Questi risultati, splendidi, brillantissimi per la scomparsa dei sintomi soggettivi e per la reintegrazione completa dello stato generale di nutrizione dell'ammalato, tanto che può darsi ai lavori e alle fatiche di prima, son duraturi, e completi nei casi di stenosi benigne.

Negli operati per stenosi cancerosa invece si ha un miglioramento, alle volte anche marcato, ma non durevole. Può aversi ingrassamento, scomparsa dei disturbi ed aumento di peso; questo stato di benessere dura solo per qualche tempo perchè persiste sempre la presenza del tumore, dell'agente infettante che continua la sua vita e versa nel sangue sostanze cachettizzanti. Quindi in questi ammalati non si ha che un periodo di benessere più o meno lungo, la loro sorte è già segnata. Hartmann, con moltissimi altri, ammette infatti che non possano vivere più di 2 anni, rarissimi i casi di 4-5 anni di vita; questi però sempre presentavano alla fine di detto periodo alterazioni dovute alla cachessia generale. È perciò che io ho riportato l'osservazione VIII. Sono 4 anni che è stata operata per affezione maligna e che sta bene, senza accennare a fatti secondari. Fu forse sbagliata la diagnosi; come assolutamente ammettono in questi casi Hartmann e Soupault? Io sono incerto a rispondere. Ad ogni modo, se la diagnosi fu errata, si tratterà di affezione benigna; se invece non fu errata avrò riferito un caso di più ai rarissimi longevi a 4 anni dopo l'intervento, limitandomi così con questa osservazione e coll'altra N.° IX, cioè con risultato lontanissimo e con uno poco distante dall'operazione, avere pure dimostrato come alla chirurgia si deve ricorrere essendo essa efficace anche nelle affezioni maligne. Raramente fu osservata la persistenza dei sintomi generali. Si son descritti casi di durata del vomito biliare, per un tempo abbastanza lontano dall'operazione, ma anch'esso poi cessava completamente. Solo nelle dispepsie nervose la suddetta operazione non porta che vantaggi passeggeri (osserv. XIV); nessun vantaggio quando l'operazione è mal praticata. Io però ho riscontrato un fatto che faceva persistere il vomito, e di cui non mi è dato riscontrare l'eguale nella letteratura. Mi riferisco all'osservazione XII. Questa ragazza, dopo la gastro-enterostomia, ha dovuto subire quattro altri interventi per la persistenza del vomito, interventi che costantemente dimostravano la formazione di briglie stenosanti il lume intestinale ora nell'ansa afferente ora nella efferente.

Negli operati di piloroplastica trovai pure aumento di peso, ma i sintomi soggettivi non del tutto scomparsi, come si legge nelle osservazioni I e V, tanto che in quest'ultima dopo 4 o 5 anni ritornando i disturbi per la recidiva della stenosi si dovette ricorrere alla gastro-enterostomia che portò subito il suo benefico vantaggio.

Il secondo gruppo di osservazione è quello diretto all'esame dei fatti obiettivi e quindi considera il grado di dilatazione, la motilità, la secrezione gastrica e la funzionalità del nuovo piloro.

La dilatazione gastrica che, in certi casi, come abbiam visto nella prima parte di questo lavoro, assume dimensioni enormi, dopo la gastro-enterostomia tende a diminuire ed il viscere si riduce nei suoi limiti normali. Hartmann e Soupault ammettono che le variazioni delle dimensioni dello stomaco dopo la gastroenterostomia sono direttamente legate allo stato della muscolare dello stomaco prima dell'operazione, stato che è in rapporto colla anzianità del restringimento e non colla sua natura. Essi infatti trovarono che la dilatazione si era di poco ridotta in un operato per malattia di Reichmann ed in un altro per stenosi da ulcera ove appunto il restringimento si era fatto assai lentamente. Così ho riscontrato io nell'osservazione IV e XIV.

Succede lo stesso fatto di una striscia di gomma; stirata per poco tempo, indi lasciata a sè, essa si retrae per effetto della sua elasticità, se prolunghiamo lo stiramento per un tempo abbastanza lungo, la retrazione su se stessa più non la compie avendo perduta l'elasticità per l'azione traente prolungata. I due scienziati ora ricordati trovano invece che il ritorno ai limiti normali della capacità stomacale si compie con più rapidità nelle stenosi cancerose e nelle stenosi da cauterizzazione, ove il restringimento si è prodotto in un tempo assai breve. Ed ammettono del resto coi risultati di Guedy, di Carle e Fantino che la retrazione del viscere si compie quasi sempre in un periodo di 6-7 mesi, nel qual tempo esso ritorna nei suoi limiti normali. Dal canto mio posso asserire che in tutti gli operati notai una retrazione dello stomaco; marcatissima in certuni (osserv. V, VI, VIII, X e XI) tanto da considerare l'organo ridotto nei suoi limiti normali, un po' meno in certi altri (osserv, IV, VII, IX, XIII e XV); spiegabili in questi ultimi tre casi col poco tempo intercorrente dall' operazione al giorno dell'esame.

Son noti casi in cui la retrazione non s'era compiuta e persisteva quindi la dilatazione. Così ne trovo uno nelle osservazioni di Carle ed un altro in quelli di Guedy ove asserisce che lo stomaco arrivava ancora sotto il bellico.

Diverse sono le ipotesi che sorgono alla mente per spiegare questo fatto; o, come abbiamo visto, una alterazione profonda delle pareti gastriche (Hartmann); o aderenze tra stomaco ed organi vicini; o da un ostacolo al libero vuotamento dello stomaco, ostacolo dipendente da una curvatura dell' intestino (Hayem), o da una retrazione forte

della nuova bocca, che non permette essa pure lo svuotamento dello stomaco; o dalla cattiva posizione in cui si è praticata l'anastomosi.

La piloroplastica non porta identici risultati perchè, come abbiam visto, dalle conclusioni di Carle e di Klemperer la retrazione gastrica non si compirebbe in toto, quantunque lo stomaco si svuoti completamente compensando coll' ipertrofia delle pareti. E nelle mie osservazioni N.º I e III trovo che lo stomaco non sorpassava il dito traverso sopra la cicatrice ombellicale, eccetto che nell'operato di divulsione alla Loreta (osserv. II) ove l'organo è tornato nei suoi limiti normali.

Col ridursi della capacità gastrica viene a migliorare di molto attività motrice dello stomaco ove più non ristagnano gli alimenti. a fisiologia insegna che il tempo impiegato normalmente dal ventriolo a vuotarsi, dopo un pasto comune, varia dalle 4 alle 6 ore. lei primi giorni successivi alla gastroenterostomia esso si vuota molto apidamente e solo passato un certo periodo di tempo lo svuotamento torna nei limiti fisiologici o quasi. Su questo argomento esistono screpanze fra i varii osservatori. Dunin, Rosenheim, Mintz esamiundo, col pasto di prova Ewald, la motilità gastrica in epoca abbaanza lontana dall'operazione trovarono che lo stomaco impiegava a uotarsi un tempo più lungo del fisiologico tempo che per Hartmann Soupault si prolungherebbe ancor di più. Solo Carle e Fantino aministrando il pasto di prova alla Leube riscontrarono lo stomaco cometamente vuoto dopo 3-5 ore. Però se esistono dissensi su questo tto, tutti son d' accordo nell' ammettere che la stasi gastrica dopo perazione, nella gran maggioranza dei casi, scompare e che al matto lo stomaco si trova vuoto, privo cioè di liquido da ipersecrezione e si avrebbe per l'irritazione prolungata sulle glandole dai cibi staanti. Solo in pochi io potei compiere questo studio per il rifiuto ciso che mi davano gli altri all'introduzione della sonda. Nei pochi cui potei farlo, amministravo il seguente pasto di prova: arrosto . 50, pane gr. 100, vino bianco gr. 200, ova sode N. 2; e trovai e dopo 4 ore il ventricolo conteneva gli alimenti discretamente ritti e dopo 6 ore lo stomaco era vuoto.

Anche qui alle volte può esistere ancora ristagno e le cause efenti all'insufficiente evacuazione sono numerosissime; prima è l'aia e la distensione grande della muscolare gastrica e le aderenze lo stomaco cogli organi circostanti, lesioni tutte che ostacolano le contrazioni; Hayem a queste aggiunge quegli ostacoli al passaggio gli alimenti che possono derivare dalla cattiva scelta del punto delastomosi; dall'orifizio di comunicazione non sufficientemente largo lalla curva dell'ansa intestinale anastomotica. Mintz parla della non zionale alimentazione subito dopo l' atto operativo. Io aggiungo la mazione di briglie, stenosanti le anse intestinali subito al di là del ito dell'anastomosi (osserv. XII).

Gli operati di piloroplastica hanno generalmente il ritorno alla norma o raramente un po' di ritardo nello svuotamento.

Il fatto della mancanza di liquido a digiuno nello stomaco, dopo il pasto della sera, ci dice qualche cosa di più che un miglioramento della motilità gastrica, esso ci manifesta anche una modificazione nella secrezione delle glandole peptiche. Occorre distinguere i casi in cui prima dell'intervento eravi ipercloridria da quelli in cui si aveva ana od ipocloridria. Per la prima tutti son d'accordo nell'ammettere che si ha la cessazione completa della iperacidità (Carle e Fantino, Hartmann, Guedy, Mintz, Rosenheim); anzi vi fu qualcuno che trovò perfino un tasso di acidità inferiore alla norma. Così Carle e Fantino in qualcuno dei loro operati che avevano sofferto di gastro-succorrea per anni interi, così trovò Mundler in un operato di Czerny. La cessazione della eccessiva produzione di acido cloridrico viene spiegata diversamente dai vari autori. Hayem esclusivamente l'attribuisce al mancato ristagno degli alimenti, i quali più non esercitano sulla mucosa gastrica irritazione di sorta, e quindi non attività ipersecretoria. Guedy appoggia questa tesi ed esclude che il liquido formatosi possa passare di mano in mano che si produce nell'intestino perchè il nuovo piloro è continente. Hartmann e Soupault invece l'attribuiscono in massima parte allo stato delle glandole peptiche all'epoca in cui si compie la gastro-enterostomia. Essi ammettono che in caso di ulcera recente e di gastro-succorrea di data non tanto antica le glandole peptiche sono ipertrofiche; perciò si avrebbe anche dopo l'operazione lo stesso fatto di acidità, trovandosi gli elementi secretori in uno stato di ipofunzione; mentre se le affezioni ricordate sono in scena da lungo tempo, molte delle glandole si presentano atrofiche, pur tuttavia per l'irritazione dei cibi persisterebbe l'ipersecrezione; colla gastroenterostomia si toglierebbe il ristagno e quindi non più irritazione e siccome esse pel lavoro fatto si sono stancate, cessano di segregare ed atrofizzano. In questo caso mi pare che non conviene essere esclusivisti e se lo stato delle glandole influisce sulla modalità di loro secrezione, d'altra parte sappiamo che fisiologicamente è solo la presenza dei cibi che determina la funzione di quelle, quindi colla persistenza dell'elemento irritante si avrà persistenza di attività funzionale negli elementi. Sopprimiamo il ristagno ed allora le glandole anche ipertrofiche non più eccitate non continueranno costantemente a secernere.

Spesso si è trovata l'acidità diminuita dopo un mese solo dall'operazione, in altri casi impiega più tempo. Hartmann riferisce un caso in cui dopo sei mesi si aveva ancora gastrosuccorrea a digiuno, dopo 15 mesi ancora liquido a digiuno ma inattivo e con muco.

Per gli ana ed ipocloridrici la cosa si presenta sotto ben altro aspetto. Mintz aveva supposto che la gastroenterostomia non avrebbe portato nessun vantaggio per lo stato atrofico in cui si trovavano le

glandole peptogastriche. Carle e Fantino avvalorarono questo fatto coi risultati dell'indagine di 6 operati. Quindi la semplice supposizione è diventata realtà; negli ana ed ipocloridrici la gastroenterostomia non modifica la secrezione peptica. Da ciò la conclusione che questo stato di mancanza assoluta o solo di diminuita acidità non dipendeva dal ristagno ma da modificazioni precedenti della mucosa. Io però nell'osservazione VII ho trovato acido cloridrico in poca quantità: credo che il poco tempo della durata dell'affezione non abbia potuto indurre profonde modificazioni nella mucosa gastrica essendosi infatti l'anacloridria sostituita da poco alla ipercloridria.

Circa la secrezione dopo la piloroplastica Carle e Kausch trovarono che per l'ipercloridria e per l'ana ed ipocloridria i risultati coincidevano con quelli ottenuti dalla gastroenterostomia; solo che nell'ipercloridria l'HCl non scendeva mai al disotto della norma come dopo la gastroenterostomia, ed il primo spiega questo fatto col leggier ritardo nello svuotamento ed anche col mancato riflusso di bile.

Veniamo ora a dire della funzionalità del nuovo piloro. Se introduciamo aria o sostanze capaci di svolgere gaz (cartine effervescenti o miscela Frerisch-Ziemsenn) si osserva che lo stomaco si dilata. Ed ascoltando nella regione del nuovo piloro, si sente, nei primi tempi successivi all'operazione, che coll'intervallo di 2-3 minuti il nuovo piloro si apre e avviene come una fuga di gaz nell'intestino (osservazione XI-XIII-XV). Dopo vari mesi ripetendo l'esame si trova che il nuovo piloro si fa vieppiù continente finchè lo stomaco disteso dal gaz non si vuota che per la via del cardias. Oltre che dal gaz la continenza del nuovo piloro si spiega anche col soggiorno per un certo tempo degli alimenti nello stomaco, fatto questo che non può essere spiegato dall'anormale posizione dell'orificio nuovo, perchè allora non si verificherebbe il primo fenomeno di ritensione di gaz. Questa è una affermazione che si trova in tutti gli osservatori e che io stesso potei riscontrare in tutti i pazienti, a cui la somministrazione della miscela effervescente faceva tendere le pareti gastriche e la percussione dava un suono più pieno.

Questi fatti del resto si riscontrano anche negli operati di piloroplastica. Desfosses spiega la continenza del nuovo piloro ammettendo la formazione di un vero sfintere, per lui si verificherebbe quello che si osserva per l'ano contro natura divenuto continente. Così la pensano Guedy, Carle e Fantino. Hartmann e Soupault poterono studiare microscopicamente un pezzo a 18 mesi dall'operazione e trovarono macroscopicamente il contorno dell'orificio un po' indurito ed ispessito, ma il microscopio non poteva assicurare se l'ispessimento tenesse a tessuto connettivale leggermente aumentato, e se i 2 strati muscolari, stomacale ed intestinale, avessero subita alcuna ipertrofia. Ad ogni modo la chiusura avviene ed i 2 margini liberi vengono fra loro a contatto, come succede per la valvola di Bauhin, fatto questo che

sempre non impedisce il reflusso dei liquidi intestinali nello stomaco. È appunto perciò che, prima di chiudere l'argomento mi pare assolutamente necessario, e legato indissolubilmente alla esistenza dei fatti che sono andato esponendo, tener parola del riflusso biliare nello stomaco negli operati di gastroenterostomia. Certamente il riflusso biliare si verifica nei primi tempi dopo l'operazione quando il nuovo orifizio non ha ancora un certo grado di tonicità che lo possa impedire e fu osservato tanto nella gastroenterostomia anteriore che posteriore (osserv. VII).

È vero però che col tempo tende a diminuire per scomparire poi completamente (idem). Rispetto alla quantità non si può stabilire il valore perchè alle volte colla sonda non si riuscì ad estrarre bile, ma con un lavaggio l'acqua fuorusciva con un colorito verdastro; alle volte se ne potè estrarre fino a 150 cc. e più. Billroht diceva che la presenza di questo liquido era funesta assai; Guedy, Rosenheim, Carle la trovarono quasi costantemente nei loro operati e secondo Hartmann e Soupault essa penetra nello stomaco quando gli alimenti passando nell'intestino per l'eccitazione della mucosa di quest'organo ne determinerebbero la escrezione. Galeno considera l'arrivo della bile nello stomaco come fenomeno grave interessante la digestione gastrica e capace di provocare il vomito; Bernard, Riegel esperimentando in vitro ammisero che impedisce la digestione della fibrina e si oppone alla formazione dei peptoni; Hayem un' influenza irritante della bile sui processi stomacali. Ma quasi tutte queste conclusioni vengono abbattute e da osservazioni sperimentali e da reperti clinici. Dastre praticò fistole gastriche nei cani e introducendo bile di bue ad ogni momento della digestione in varia quantità, trovò che l'effetto suo alcalinizzante è presto compensato dal succo gastrico che si produce. Ruggero Oddi ripetè le esperienze di Dastre e trovò che la digestione non era ostacolata; di più praticando fistole colecistostomacali vide che l'animale viveva. Clinicamente fu osservato da Wichoff ed Angelberger in un operato di colecisto-gastrostomia; esso non ebbe vomiti e visse senza disturbi digestivi. Un'osservazione importantissima e che mi permetto di riportare un po' per esteso è quella di Terrier su un suo operato di fistola colecisto-stomacale per ittero grave. L'ammalato non ebbe successivamente all'operazione nè vomito nè disturbi gastrici. Riesaminato dopo 2 mesi non accusava neanche allora nè vomito nè nausea; le feci si riproducevano 1 o 2 volte al dì con colorito giallastro e di odore fetido. Praticato il cateterismo dopo un' ora dal pasto di prova si estrae un contenuto che lasciato a sè si divide in 2 parti: una superiore di bile, una inferiore con residui alimentari; filtrandolo si hanno i fiocchi di bile solo nella parte che resta sul filtro, nel filtrato non si ha la reazione di Gmelin; quindi la bile è precipitata dal succo gastrico in fiocchi insolubili e che probabilmente non hanno alcun effetto sulla digestione.

Concludendo diremo con Carle e Fantino che, se si pon mente alle modificazioni dello stato generale dopo l'operazione, l'effetto dannoso della bile sarebbe nullo, solo quando ad essa si unisce il rigurgito degli alimenti per l'ansa afferente si viene a complicare e ad aggravare la prognosi dell'atto operativo e della salute del paziente. Così dall'esposizione di tutti questi fatti appare chiaramente come lo stato generale di nutrizione migliori col miglioramento delle attività dello stomaco nel caso di operati per stenosi benigna, tanto che dallo stato di cachessia, spesso anche avanzata, si possono portare gli ammalati a vita nuova che conducono poi in completo benessere, senza alcun disturbo digestivo.

OSSERVAZIONI CLINICHE
su operati dal Prof. Andrea Ceccherelli.

Osservazione 1.ª — Stenosi del piloro per ulcera cicatrizzata. Piloroplastica. Guarigione.

Re Virginio, d'anni 25, di Traversetolo. Entra in clinica il giorno 8 marzo 1892.

Il padre morì per affezione lenta del tubo gastro-enterico. Il paziente a 9 anni fu affetto da elmintiasi intestinale. Fino a 21 anni fu sempre sano, pare non abbia mai avute malattie veneree nè sifilitiche. Non dedito al vino nè ai liquori, fu però gran mangiatore, e tuttora masticatore di tabacco.

La presente malattia data da 4 anni circa: cominciò con pirosi, senso di peso, eruttazioni acide, gonfiore all'epigastrio, poi vomito non in relazione col pasto. Il vomito consisteva di muco e di materie alimentari non digerite, mai commiste a sangue. Due anni fa ebbe vomito di sangue ed emissioni di feci nerastre; tuttociò preceduto da senso di lipotimia. Ciò si si verificò 2 volte coll'intervallo di 25 giorni. Da quel tempo l'infermo cominciò a vomitare qualsiasi cibo egli prendesse, mentre s'accorgeva di essere diventato assai pallido. Rimessosi in salute, senza cura, stette due mesi discretamente bene. Più tardi alla pirosi si sostituirono dolori vivi allo epigastrio che insorgevano 3 o 4 ore dopo il pasto e che non si calmavano che col vomito spontaneo o provocato. Tale condizione di cose persistè ed avvertiva per di più senso di peso all'epigastrio, gonfiore del ventre accompagnato da rutti acidi. L'alvo si era fatto stittico, l'appetito scarso, e l'infermo presentava un forte dimagramento. In queste condizioni entrava il 10 gennaio 1892 nella clinica medica; gli vennero fatte parecchie lavande gastriche, in seguito alle quali parve migliorare alcun poco, specialmente in seguito ad una dieta prolungata per parecchi giorni. Però, se si sospendevano le lavature, si reiteravano detti fenomeni cioè senso di peso, dolori e vomito di cibi non digeriti. Fu fatta diagnosi di stenosi pilorica da pregressa ulcera rotonda, che cagionò una cicatrice con consecutiva ectasia gastrica. Per ciò gli fu consigliato un atto operativo.

Esame clinico generale: Costituzione scheletrica regolare, pannicolo adiposo scarso, masse muscolari atrofiche; cute di colorito pallido, mucose

visibili anemiche. Non vi sono edemi nè esantemi. Sistema ghiandolare periferico normale.

L'addome conserva la sua forma esagonale normale. Protunde la regione epigastrica ove si notano movimenti vermicolari. La cicatrice ombellicale è normale. Nessun dolore si provoca colla palpazione. Fegato e milza sono nei limiti normali. Alla regione epigastrica si ha notevole senso di guazzamento. L'area di ottusità relativa dello stomaco dilatato artificialmente arriva in alto sulla mammillare al 4.° spazio di sinistra; il gran cul di sacco arriva col massimo della sua curva nel 9.° spazio tra l'ascellare mediana e la posteriore. Il massimo della gran curva arriva all'ombellicale trasversa; si spinge a destra per cm. 7 fino a trovare il prolungamento della emiclaveare destra. Peso del corpo 42,00.

Esame del vomito: All'esame microscopico si rinvengono granuli di amido, spoiule e sarcine; numerosi i microrganismi. Reazione dell'HCl manifesta.

Fu praticata la piloroplastica il 9 marzo 1892. Uscì dalla clinica perfettamente guarito il 10 aprile 1892.

— Lo rivedo il 2 maggio 1899, cioè 7 anni dopo l'operazione. Lo stato di nutrizione è buono. È colorito ed il pannicolo adiposo è piuttosto abbondante. Peso del corpo Kg. 57. Dice che l'alimentazione deve essere di sostanze bene digeribili perchè contrariamente gli producono senso di peso e gonfiore all'epigastrio.

Qualche rara volta gli ritorna il vomito. Questi disturbi però non lo tolgono dal lavoro che momentaneamente. Lo stomaco arriva colla grande curva ad un dito e mezzo trasverso sopra l'ombellico, si spinge a destra cm. 4. Il gran cul di sacco è all'ascellare anteriore. La palpazione nella regione gastrica determina contrazioni vermicolari degli organi sottostanti. Colle cartine effervescenti lo stomaco arriva quasi all'ombellico e si lascia quindi distendere dal gaz. Rifiuta l'introduzione della sonda.

Osservazione II. — Cinquetti Teresa, di anni 38, massaia, coniugata, domiciliata a Parma.

Stenosi pilorica da pilorite e peripilorite.

Divulsione digitale alla Loreta. Guarigione.

Entra in clinica il 31 gennaio 1895. Nessuna predisposizione ereditaria remota nè prossima. Nulla di notevole nell'infanzia. La presente malattia data da 2 anni circa; s'iniziò con forti dolori in corrispondenza dell'epigastrio irradiatisi lungo l'arcata costale destra, insorgenti dopo il pasto, specialmente se di sostanze solide, accompagnati da forti conati di vomito.

Dai primi del 1895 questi fenomeni si accentuarono al punto che non le fu più possibile trattenere nel ventricolo che sostanze liquide, tuttavia il vomito ha contituato sempre preceduto da dolori epigastrici. Le sostanze reiette si componevano di materie alimentari; non vi fu mai sangue nè materie nerastre. La paziente non ebbe mai itterizia; l'alvo è stittico.

Esame obiettivo: Scheletro regolare, nutrizione discreta, mucose accessibili rosee, sistema glandolare periferico normale. L'addome conserva la sua forma normale. Il quadrante superiore di sinistra un po' più sollevato del corrispondente di destra. Nessuna intumescenza, nessuna pulsazione si rileva all'ispezione delle parti. Alla palpazione (anche profonda) non si av-

verte nessuna intumescenza; si risveglia vivo dolore nella regione epigastrica, e più specialmente lungo il prolungamento della parasternale di destra. Colla percussione (previa dilatazione artificiale dello stomaco) si rileva l'area del ventricolo alquanto ingrandito, il cul di sacco della gran curva arriva a due dita trasverse al di sotto dell'ombellico. Non si avverte guazzamento. Peso del corpo Kg. 53.

Esame del vomito: si estrae colla sonda del liquido verdastro contenente fiocchi di muco; al microscopio: sarcine e torule in discreta quantità.

Con la reazione del Boas, l'HCl in quantità molto superiore alla normale; con la reazione dell'Uffelmann non si trova acido lattico.

È operata il 9 febbraio 1895 ed il 13 marzo 1895 lascia la clinica del tutto guarita.

— Riveduta dopo 4 anni dell'operazione 13-4-99. La paziente dice che lamentò per 2 anni ancora qualche disturbo però d'intensità minore a quelli che aveva accusati prima dell'operazione. Da 2 anni sta completamente bene. Attende alle sue occupazioni senza risentirne alcun senso di malessere, afferma che il genere di alimentazione non influisce sulla digestione.

Peso del corpo Kg. 66,900. Lo stato di nutrizione è buono, masse muscolari ben nutrite: L'area gastrica è tornata nei suoi limiti normali, il timpanismo si avverte solo a 2 dita e $^1/_2$ trasverse al di sopra della cicatrice ombellicale.

La porzione pilorica si spinge a sinistra per 1 cm. e $^1/_2$: Non esiste rumore di guazzamento.

Colle cartine effervescenti lo stomaco si lascia distendere ed arriva quasi all'ombellico. Cerco di estrarre colla sonda il pasto di prova amministrato da quasi 4 ore. La paziente si rifiuta recisamente d'introdurre la sonda per cui la prego di eccitarsi il vomito. Con questo esce un po' di liquido commisto a fine poltiglia alimentare. Ad occhio nudo non si distingue la natura di cui son formate queste particelle. L'esame chimico dimostra col reattivo di Gunzburg evidentissimo l'HCl. All'esame microscopico si discernono poche fibre carnee scolorate e senza strie trasversali, i granuli d'amido hanno in parte le striature concentriche. Non ho visto sarcine nè torule.

(Continua).

CONTRIBUTO
alla chirurgia del sistema nervoso centrale
E DEL GANGLIO DI GASSER

PEL

Dott. GUIDO BENDANDI

Chirurgo primario allo Spedale maggiore di Bologna

(Continuazione. V. N. 5)

Invitato a tenere fermo ed in estensione la mano e le braccia, non si vede tremore di sorta, ma solo ogni tanto qualche lenta oscillazione irregolare e di tutto l'arto in massa. La forza muscolare è ben sviluppata nell'arto superiore destro, e quella di flessione delle dita segna al dinamometro 130 al grande circolo; nell'arto superiore sinistro è meno sviluppata, però sviluppa una discreta energia di contrazione, e al dinamometro la mano sinistra segna 95 pure al grande circolo. Il senso muscolare di posizione degli arti superiori è discretamente conservato, il senso muscolare dello sforzo è leggermente indebolito. Riguardo al trofismo delle masse muscolari si nota una leggera differenza fra l'un lato e l'altro, poichè a destra le masse muscolari dell'arto superiore sono benissimo sviluppate, a sinistra invece un po' meno, inoltre hanno un tono minore. Infatti l'avanbraccio destro è 7 cm. sotto l'olecrano in circonferenza misura cm. 26 circa, il sinistro cm. 24. Il braccio destro a cm. 15 sopra l'olecrano misura cm. 26¹/, il braccio sinistro 25¹/₂. Negli arti inferiori la differenza fra l'un lato e l'altro è molto meno sensibile. I movimenti attivi degli arti inferiori si compiono in modo molto irregolare ed abnorme, poichè invitato a toccare col piede un dato punto, stando nel decubito supino, si vede compiere il movimento volontario con spiccata incoordinazione, la quale appare più intensa sull'arto inferiore destro. Invitato per es. a toccarsi la rotula sinistra col calcagno destro, compie un rapido ed esagerato movimento a scatto che porta il piede alla metà della coscia, poi con oscillazioni più o meno ampie, ma irregolari, va in cerca della rotula, sulla quale però in principio è incapace di tener fermo il calcagno. Questa atassia di movimento è meno intensa a sinistra. Anche quando è invitato a tenere sollevati dal piano del letto ed in estensione gli arti inferiori si notano oscillazioni in tutti i sensi che aumentano in modo speciale col senso della stanchezza, che è avvertito un po' precocemente. La forza di flessione è discretamente conservata sugli arti inferiori e con differenza non molto sensibile fra l'un lato e l'altro, poichè al dinamometro si trova 58 a destra, 48 a sinistra (nel senso di trazione sui due

poli del dinamometro). I movimenti sono ovunque normali; il senso muscolare di posizione degli arti inferiori appena discretamente conservato.

Reflessi, Superficiali, Plantari presenti da ambo i lati. *Cremasterici* idem. *Addominali* molto evidenti quelli del lato destro, appena accennati quelli della metà sinistra. *Reflessi muscolari diretti* ovunque bene manifesti. *Reflessi tendinei.* Il rotuleo è molto esagerato da ambo i lati, però un po' più a sinistra che a destra. Quello del tendine di Achille è pure molto evidente. Quello del tricipite brachiale esagerato da ambo i lati, ma un po' più a sinistra che a destra. *Clono* della rotula molto evidente e pronto da ambo i lati. *Clono* del piede pure, ma con leggera prevalenza a sinistra. *Il riflesso del faciale* è sensibile alla puntura, e molto più visibile al lato sinistro. *I reflessi pupillari* sono normali. Le pupille si presentano per lo più leggermente midriatiche, però di ampiezza eguale e bene reagenti all' accomodazione. *Reflessi vasali* appena manifesti. *Reflesso faringeo* quasi aboliti. *Reflesso palpebrale e corneali* normali a destra, quasi completamente aboliti a sinistra. L'atto della deglutizione è normale, press'a poco può dirsi lo stesso dei riflessi vescico ed ano-spinale.

Sensibilità. La sensibilità *termica*, *dolorifica* e *tattile* si trova ovunque pressochè normale su tutta la persona tranne che alla faccia nella sua metà sinistra ove si trova anestesia tattile, sulla regione frontale, sulla metà sinistra del naso, sulla guancia sinistra, sull'occhio sinistro, sulla metà sinistra della rima orale e della cavità nasale ed orale e sulla metà sinistra della lingua, palato e retrobocca. Questa anestesia è più profonda appena a sinistra della linea mediana della faccia e poi va gradatamente attenuandosi, riducendosi in iperestesia tattile sulle regioni parotidea e temporale sinistra e poi gradatamente sfumando e scomparendo sul padiglione dell'orecchio, sulla regione parietale e sottomascellare, ecc.

La sensibilità termica sulla metà sinistra della faccia è solo un po' meno pronta che a destra.

La sensibilità dolorifica invece è maggiore sulla metà sinistra della faccia che sulla destra; poichè anche la pressione un po' forte fatta col dito tanto sui fori d' uscita del 5.° del lato sinistro, quanto sulle ossa della faccia, specie sul ponte zigomatico, risveglia un senso di dolorabilità che a destra nelle regioni omonime non è avvertita.

Sensi specifici — Vista — La facoltà visiva è discretamente conservata al lato destro, mentre a sinistra è un po' diminuita. L'esame del campo visivo e cromatico non presenta alterazioni degne di nota speciale.

L'esame del fondo oculare dà a notare: O S. Papilla di colorito un po' più rosso del normale e contorni molto offuscati. Retina circumpapillare di colorito grigiastro torbido. La rilevatezza della papilla dal piano della retina è un po' maggiore della norma. Le vene sono lievemente dilatate; le arterie di calibro normale. O D. I contorni della papilla sono meglio distinti che nell'O S.; il colorito piuttosto arrossato esiste come a sinistra; si vede un alone grigiastro nella retina peripapillare.

Il calibro delle vene e delle arterie non è alterato in modo apprezzabile. — *Olfatto.* Conservato e pronto a destra, un po' indebolito a sinistra; l'infermo però asserisce di essere costipato, infatti l'apertura nasale a sinistra non è perfettamente libera. *Udito.* — Piuttosto indebolito al lato destro, dalla quale parte talora avverte rumore come di ronzìo. Al

lato sinistro l' udito appare abolito completamente se la ricerca è fatta con un comune orologio da tasca, poichè il rumore caratteristico di questo non viene percepito nè per la via aerea, nè per la ossea. Dei Diapason del Gr Do (di 64 vibrazioni) fino al do^5 (4096) tutti sono bene percepiti a destra per via aerea. A sinistra pure tutti meno do^5 sono percepiti abbastanza prontamente per via ossea; per via aerea tutti meno Gr DO e do^5, ma meno intensamente che per via ossea. La voce di conversazione a destra è avvertita a oltre 8 metri; a sinistra invece sino a 30 cm. circa. La voce afona a destra a 5 metri; a sinistra O. All'esame otoscopico nulla di abnorme da ambo i lati. Nella vòlta del faringe, che si presenta pressochè normale la metà sinistra della tonsilla di Luska presenta solchi un po' meno profondi e una colorazione più carica della destra, e nell'insieme appare un po' sporgente la prima, ma la differenza è così lieve che è giudicata per sè sola di pochissimo valore dallo specialista che ha praticata questa parte di esame. (Dott. Carlo Secchi). — *Gusto.* — Sulla metà sinistra della lingua non avverte sapori caratteristici, se non compiendo un movimento di deglutizione, anche sulla metà destra il senso del gusto in generale è un po' ottuso.

Stazione eretta. — Può reggersi in piedi senza sostegno ed anche ad occhi chiusi: però compie col tronco qualche oscillazione laterale, e per lo più dall'avanti all'indietro, queste oscillazioni del tronco si esagerano un po' ad occhi chiusi; tende per lo più ad appoggiare la persona sull'arto inferiore destro. E incapace a reggersi con un arto solo, non tanto perchè gli manchi la forza, ma perchè le oscillazioni della persona si esaltano a segno che se non fosse sostenuto cadrebbe.

Deambulazione. L' incesso è costituito dalla fusione di tre andature. Atassica, spastica e leggermente a zig-zag. Il carattere atassico è più spiccato a carico dell'arto inferiore destro. Non può correre, ma tanto meno camminare lentamente. *Facoltà psichiche* normali, solo la memoria è un pò indebolita. La *parola* è poco intelligibile, poichè oltre ad avere un timbro nasale è molto difficile l'articolazione chiara delle parole, quindi le sillabe vengono facilmente fuse insieme producendo un linguaggio tutt'altro che bene intelligibile, però qualche parola è pronunciata in modo preciso e netto. All'esame elettrico si trova solo degno di nota un leggero aumento dell' eccitabilità galvanica diretta sui muscoli del lato sinistro della faccia in confronto degli omonimi del lato destro ma la differenza è di grado lievissimo.

Il Prof. Murri elimina subito la diagnosi di sclerosi disseminata cerebro-spinale perchè analizzando i fenomeni che presenta il malato si trova che non corrispondono a quelli proprî della sclerosi. Difatti il disordine motorio non è punto un tremore intenzionale, ma piuttosto un movimento coreico, e lo addimostra facendo portare al paziente il dito sulla punta del naso, e il calcagno sinistro sul ginocchio destro nei quali movimenti nulla si osserva di quel tremore in massa che si vede nella sclerosi. I disturbi della parola nulla hanno del sillabare infantile e dello scandere che presentano i malati di sclerosi. E così pure l'anestesia tattile e la sindrome di Menière, e gli accessi di brachicardia e bradicardia cui andò soggetto nei giorni che fu in clinica, non sono proprî della sclerosi disseminata.

L'andatura, osserva il Prof. Murri, fa pensare al cervelletto: però questa non è caratteristica, e lo addimostra; è piuttosto un misto di spastico e d'atassico e non rappresenta la vera titubazione cerebellare. Ma questo disordine nei movimenti si ha anche quando il tumore ha sede nella eminenze quadrigemine, nel ponte, nei peduncoli cerebellari e nel bulbo, solo che detti tumori sono più rari di quelli che hanno sede nel cervelletto. Ma nel caso attuale pei fatti risultati all'esame obiettivo si dovrebbe pensare senz'altro al ponte e al bulbo. E difatti V. VI. VII. VIII., probabilmente IX, certo il XII di sinistra sono lesi, e così l'VIII di destra, i fasci piramidali, il centro del cuore, ecc. tutti disturbi in relazione col bulbo, ponte, e pavimento del IV ventricolo; e siccome nel caso in discorso non si può pensare a emorragia o a rammollimento, così bisognerebbe subito venire nell'idea che si trattasse di tumore di queste parti. Ma un tumore che quivi risiedesse da 20 mesi dovrebbe avere distrutto qualche cosa, e nulla al contrario ha distrutto, perchè le funzioni dipendenti dai suddetti nuclei d'innervazione sono semplicemente disordinate, non distrutte, e questo il Prof. Murri bene lo addimostra facendo notare che dall'esame obiettivo risultano i fatti che stanno per un disordine, non per abolita funzione dei muscoli, ai quali i nervi della base si distribuiscono. Conclude quindi che il ponte ed il bulbo sono integri, solo funzionano male.

Sono dunque compressi. E da dove questa compressione?

O dalla base del cranio, o dal cervelletto. Base no, perchè è inconcepibile come il VII di sinistra schiacciato e compresso piuttosto che paralizzarsi possa migliorare nella sua funzione; come pure è inconcepibile che questo tumore anteriormente salti i due abducenti per comprimere a destra il fascio piramidale e l'acustico; e posteriormente lasci libero lo spinale per ledere l'ipoglosso, il glosso-faringeo e probabilmente il vago. E poi se il V fosse stato offeso perifericamente avrebbe dato prima della anestesia la nevralgia.

Il Prof. Murri dunque afferma inaccettabile l'ipotesi d'un tumore che sorga dalle base e comprima ponte e midollo allungato per cui fa diagnosi di *tumore situato nella metà sinistra del cervelletto comprimente la parte sinistra del ponte e del bulbo.*

Il 19 Febbraio 1895 eseguisco a questo malato che era entrato allo Ospedale del R. Ricovero, la craniectomia mediante vasto lembo cutaneo periosteo a base verso il collo scoprendo tutta la regione occipitale sinistra, e asportando con lo scalpello e la tenaglia Lüer tutta la parete ossea corrispondente al cervelletto di sinistra, dall'inion all'asterion al forame occipitale, di cui lascio soltanto l'orlo.

Allaccio in due punti il seno trasverso, e aperta ampiamente la dura metto a nudo l'emisfero cerebellare sinistro che subito mostra una certa tendenza a sporgere per l'ampia breccia. Nella parte superiore interna e profonda fra tentorium, parete superiore del cervelletto, apice della rocca petrosa, bulbo e ponte di Varolio scopro un tumore grosso come una noce, duro e che a me sembra nascere dalla parte più profonda del cervelletto. Per asportarlo con facilità occorreva ingrandire verso il parietale la craniectomia, incidere il tentorium, sollevare il lobo occipitale del cervello abbassando anche l'emisfero cerebellare; ma il malato era in

condizione da non più resistere. Allora sulla guida dell'indice di sinistra spingo un cucchiaio di Volkmann verso la base del tumore al lato esterno, mentre al lato interno del tumore introduco l'indice di destra. Spingendo il cucchiaio verso il tumore con l'indice sinistro, fisso bene con l'indice destro il tumore stesso e riesco ad asportarlo in parte. Ebbi discreta emorragia per cui zaffai con garza sterilizzata, praticai la sutura della meninge sul lobo cerebellare, e la sutura del vasto lembo cutaneo.

Il Prof. Murri presenziò l'atto operatorio. L'esame microscopico del pezzo asportato dimostrò trattarsi di fibro-sarcoma, e questa speciale natura fece nascere il dubbio potesse il tumore avere origine dalla meninge della base.

Il malato durante i primi giorni dell'atto operatorio addimostra sempre psiche integra, respiro normale, mentre il polso è sempre piccolissimo e frequente.

Perdurano continuamente tutti i sintomi notati all'esame obiettivo, però notasi che i movimenti attivi degli arti inferiori si compiono prontamente, e sono molto meno atassici che non prima dell'operazione.

In seconda giornata tolgo il drenaggio, in quinta giornata essendosi prodotta voluminosa ernia cerebellare la escido, e vi suturo sopra il lembo cutaneo perriosteo che aderisce come tutto il resto per prima.

In sesta giornata notasi che la sensibilità tattile è percepita anche sulla metà sinistra del naso. Il malato puo stare da solo seduto sul letto compiendo solo qualche breve oscillazione laterale ed antero-posteriore. La forza è pressochè normale un po' più a destra che a sinistra. La incoordinazione dell'arto superiore destro è quasi scomparsa, e i reflessi tutti sono pressochè normali. Accusa da jeri diplopia e dice che talora la falsa immagine sta sopra alla sua.

Nulla di cambiato all'esame oftalmoscopico. In decima giornata il miglioramento è sensibilissimo, comincia ad alzarsi in poltrona, però non è capace di tenere la posizione eretta senza appoggio in causa dei movimenti oscillatori tanto nel senso laterale come nel senso antero-posteriore. Però facendogli compiere qualche passo, si nota sempre un certo grado di atassia e di spasmo negli arti inferiori che congiunto alle oscillazioni del tronco gli rende molto difficile il cammino. Al contrario quando è in letto l'atassia degli arti è appena accennata.

Anche dal lato della deambulazione si ottiene nei giorni seguenti un certo miglioramento, tanto che il 16 marzo il malato abbandona lo Spedale in condizioni molto migliorate dall'epoca del suo ingresso.

Sui primi di Giugno 1895, vale a dire 4 mesi neanche dopo l'atto operatorio, il Mantovani rientra in Ospedale, in condizioni floride per nutrizione, ma con peggioramento generale di tutti i sintomi manifestati prima dell'atto operatorio. Di più un'ernia grossa e dura sporgeva dalla breccia ossea della regione occipitale sinistra operata. Era coperta dalla pelle, e non era pulsante. Uno sviluppo così rapido attestava la maligna vitalità di quel tumore.

Il 10 Giugno mi accingo all'esportazione del tumore, il quale occupa tutta la fossetta cranica inferiore sostituendosi al cervelletto di sinistra di cui non evvi più traccia alcuna. Le manovre per asportare questo tumore producono grave emorragìa che mette in condizioni non buone

malato. Allora per farmi spazio asporto con rapidità una fetta di questo ımore, alla cui base metto un forte Klemmer curvo tagliandone il resto. L'e- ıorragia in parte è domata; zaffo con garza la fossa cranica posteriore sinistra e suturo il lembo cutaneo.

Il malato muore cinque ore dopo per esaurimento. La necroscopia fatta dagli assistenti del Prof. Murri, il quale la presenziò, e non fu saminata che la cavità del cranio ed il midollo spinale. Eccola.

Nulla di anormale a carico delle parti molli e delle ossa che com- ongono la vòlta.

La dura madre si mostra piuttosto tesa oltre la norma.

La superficie esterna degli emisferi non presenta di speciale se non n lieve appiattimento delle circonvoluzioni.

Tolto l'encefalo si nota la mancanza completa di tutto l'emisfero erebellare di sinistra sino alla metà del verme. I rispetttvi peduncoli, ıperiore inferiore e medio appaiono come interrotti.

La metà sinistra del 4.° ventricolo è scoperta ed è notevolmente ammollita; tale rammollimento si estende alle parti limitrofe ed in ispecie lla metà sinistra del ponte nella sua porzione posteriore. Non è possi- ile determinare le condizioni delle radici dei nervi di queste parti.

Alla sezione non appare di notevole se non che una dilatazione oltre norma dei ventricoli laterali, e del 3.° ventricolo e nel ponte in corri- pondenza del suo terzo posteriore varii focolai emorragici piccolissimi e ecentissimi.

Alla base del cranio in corrispondenza della faccia posteriore della ona petrosa di sinistra e più propriamente in vicinanza al condotto uditivo interno si osserva una massa della grandezza di una piccola occiola, di colorito pallido, di consistenza fibrosa, schiacciata alla base di forma irregolare. Tale massa aderisce fortemente alla dura madre ıe riveste queste parti, non ha nessun rapporto col tentorium e sporge ılla fossa cranica posteriore sinistra.

L'esame microscopico di questo tessuto dimostra trattarsi di neoplasma natura fibro-sarcomatosa. Nulla di notevole a carico del midollo spinale.

Il tumore dunque nasceva dalla dura meninge e precisamente intorno condotto auditivo interno. Era dunque della base. E allora perchè i tti non corrisposero alle valide argomentazioni di una logica così serrata? suno meglio dell'illustre mio maestro può rispondere. Forse, e senza una pretesa, si avrà contribuito la sottigliezza del peduncolo del tumore uncolo situato in uno spazio abbastanza largo. Le radici del 5.° e del 6.° o abbastanza distanti dalle radici del 7.° ed 8.°, e queste abbastanza anti da quelle del 9.° e 10.° ecc. Non dalla base d'impianto del tumore no compresse, ma solo dal volume del tumore stesso, il quale eserci- a le stesse identiche compressioni sulla parte sinistra del ponte e del o che avrebbe esercitato un tumore eguale se fosse stato del cervelletto.

LAMINECTOMIE.

Caso 1.° — O. M. Vicinelli Catterina, d'anni 15, di Bologna, entra in edale il 18 Febbraio 1894. La madre sua è morta di malattia consun- , il padre vive. A 6 anni ebbe disturbi gastrici che guarirono in ese. Ritornarono a 14 anni con la mestruazione, ma più gravi, con

vomito e forti dolori. Il tutto scomparve dopo tre mesi, ma subito riammalò di pleurite essudativa destra per la quale entrò in Ospedale nel Settembre 1893. Fatta la toracentesi migliorò e fu a casa sua ma una pleurite essudativa sinistra, che richiese la toracentesi di urgenza, la costrinse al ritorno in Ospedale dove fu obbligata di rimanere perchè migliorata della pleurite fu colta da tubercolosi al dorso dei piedi, alle regioni trocanteriche e all'avambraccio destro. Nel giugno 1894 era in buone condizioni di salute quando la colsero i primi sintomi della malattia per la quale fu operata.

Difatti incominciò ad avvertire un certo deterioramento delle sue forze, una spossatezza generale, ma più accentuata agli arti inferiori, spossatezza che andava sempre aumentando e in modo tale che in pochi giorni gli arti più non la ressero, e fu costretta al letto. Quivi avvertiva moleste sensazioni di formicolio agli arti inferiori e dolori vaghi, e a poco a poco segni di una certa rigidità degli arti stessi e di una esagerazione nei movimenti di flessione, e di una grande iperestesia al tatto.

Così le cose fino a metà d' Agosto, nella quale epoca l' esame obiettivo dava il seguente risultato : La paziente non può abbandonare il letto, stato generale di denutrizione molto avanzata, pelle pallida emaciata, mucose scolorite, muscoli denutriti e flosci. Nel braccio ed avambraccio destro si scorgono le cicatrici residue degli ascessi purulenti avuti, e così pure ai trocanteri ed alla regione dorsale dei piedi.

L'esame dell' apparecchio respiratorio rivela rantoli a medie bolle agli apici e diminuzione notevole del murmure respiratorio a sinistra. Nulla di notevole all'apparecchio digerente ; non si ha perdita nè d'urina nè di feci.

L'esame delle urine è negativo.

Sistema nervoso. — Movimenti riflessi.

Essendo l'alterazione di questi movimenti il sistema che maggiormente molesta la malata, eccone il loro esame : I reflesssi del capo, collo ed arti superiori sono normali, sicchè la malata stando in letto col dorso poggiato sui cuscini può benissimo lavorare coll'ago e di maglia; ma i reflessi degli arti inferiori sono esageratissimi. I muscoli di questi arti sono permanentemente in contrattura spasmodica, e le gambe sono costantemente tenute l'una accavallata sull'altra per impedire le contratture dolorose che il movimento, fino il fruscio dei lenzuoli produce.

Il fenomeno di Erb (trepidazione rotulea) e di Brown Sequard (trepidazione del piede) sono manifestissimi, e basta il minimo urto alla rotula e al metatarso per produrli. Vi è qualche accenno a principio di disturbi trofici ai piedi; le unghie sono scure. La malata è costretta alla posizione dorsale, e spesso è destata nel sonno da sussulti dolorosi degli arti.

Come si è detto, nessun disturbo nella minzione e nella defecazione.

Sensibilità. — Sensi specifici normali.

La sensibilità tattile, termica e dolorifica, normale sul capo, collo, e arti superiori. Nel tronco invece è normale sino circa in corrispondenza dell' apofisi spinosa della 6.ª vertebra dorsale; di lì in giù la sensibilità

si altera. Il limite fra la sensibilità normale e patologica si può ritenere segnato da una linea che partendo da ambo i lati dell'apofisi spinosa della 6.ª vertebra dorsale scende in forma più o meno ellittica a riunirsi sul ventre a circa quattro dita trasverse sull'ombellico. Sotto questa linea qualunque impressione sia tattile che termica anche lievissima è percepita come dolorosa, così l'impressione del ghiaccio è risentita come dolore e bruciore; ma superiormente a questa linea per un'estensione in su di circa 3 cm. la sensibilità tattile non è più avvertita esattamente, e se un po' forte comincia a diventare dolorosa, e la sensibilità termica e dolorifica sono esagerate. Il senso muscolare (nozione della posizione degli arti) è quasi abolito. I *movimenti volontarii* sono impossibili causa la spasmodia.

I *reflessi vaso-motori* sono accentuatissimi.

Questi disturbi spasmodici cominciati improvvisamente in modo non tanto leggero, ma neppure troppo grave, sono andati aumentando continuamente di gravità sino a rendere dolorosissimo lo stato della paziente, la quale incomincia pure a soffrire per piccoli decubiti al sacro. La diagnosi fatta dal Sig. Dott. G. Melotti che a metà di Agosto eseguì il suddescritto esame obiettivo, sostituendo in quell'epoca all'Ospedale il compianto Prof. Cantalamessa, fu di pachimengite suppurata iperplastica tubercolare, alla regione dorsale della colonna vertebrale. A questa diagnosi aveva pure accennato il Prof. Cantalamessa. Pregato dall'egregio collega D. Mellotti ad intervenire chirurgicamente, convinto della diagnosi di sede e di natura della lesione non frapposi tempo. È chiaro che il midollo spinale in questa regione non è totalmente leso, ma solo irritato e compresso tanto nella sua costituzione come nelle sue radici anteriori e posteriori che da esso derivano. Bisognava per portare una cura chirurgica vantaggiosa, vedere a quale livello il midollo e le sue radici erano compressi.

Dall'esame obiettivo nulla risulta a carico dei muscoli spinali e addominali, dai quali si possa arguire la radice anteriore lesa. È alle radici posteriori di senso, alle quali bisogna rivolgersi.

Si sa che le branche posteriori che dànno la sensibilità cutanea al dorso si trovano a livello del nervo intercostale da cui derivano: e che la sensibilità cutanea al torace, e all'addome forma, come territorio, una serie di banderelle regolarmente sovrapposte dall'alto in basso a partire dalla 2.ª radice posteriare alla 12ª radice di senso.

Si sa anche delle anastomosi che alla cute una radice di senso, ha con la superiore ed inferiore radice di senso, tanto che per stabilire il territorio cutaneo d'una radice, bisogna ledere totalmente la radice superiore e la inferiore a questa, perchè ledendo una sola radice posteriore difficilmente si può riscontrare la corrispondente lesione cutanea di senso. Ora il livello della lesione della sensibilità cutanea incomincia nel nostro caso all'apofisi della 6.ª dorsale a livello cioè della 7.ª vertebra dorsale perchè l'apofisi spinosa della 6.ª copre la 7.ª vertebra dorsale. È quindi il 7.º nervo intercostale che è leso alla sua radice posteriore, la quale desta in questa regione dal suo foro di coniugazione di 4,7 cm. per la disparità di lunghezza fra il midollo spinale e la teca vertebrale; corrisponde cioè alla 6.ª vertebra dorsale. È dunque a livello della 6.ª vertebra dorsale dove incomincia la lesione tubercolare fungosa che irrita e comprime in

questa regione il midollo spinale e le sue radici. Se dunque detta lesione ha per limite superiore la 6.ª vertebra dorsale come chiaramente risulta dall'esame obiettivo deve ben distendersi anche in basso perchè altre radici posteriori inferiormente alla 6.ª sono prese per cui la laminectomia può anche incominciarsi all'8.ª e 7.ª vertebra dorsale, e così feci.

Il processo del Dawbarn, dell'Urban, e del Delorme mi furono noti solo nel 1895 quando il Chipault mise fuori per le stampe il suo secondo volume sulla chirurgia del sistema nervoso. Il suo primo volume, sugli studì di Chirurgia midollare, che vide la luce nel 1864 non mi era noto.

Io pertanto operai nel modo seguente: Praticata un'incisione longitudinale sull'apofisi spinosa che dalla 5.ª arrivava alla 9.ª dorsale, distacca da queste apofisi e dalle loro pareti laterali profonde tutte le parti molli che tenni fortemente divaricate. Con piccoli tratti di sega a cresta di gallo, leggeri e ben misurati, intaccai le lamine della 7.ª e 8.ª vertebra dorsale da ambo le parti, incisi col bottonato e le forbici i legamenti fra le apofisi spinose che sollevai assieme alle lamine pian piano senza ledere la dura meninge, aiutandomi con la leva e lo scalpello. Ma la porzione meningo-spinale sottoposta a queste vertebre era normale in tutto, solo che nel limite superiore corrispondente al margine inferiore della 6.ª vertebra notavasi come una linea strozzata. Allora praticai col Lüer la laminectomia della 6.ª, sotto la quale trovai un grosso rigonfiamento della meninge, rigonfiamento che partiva dalla linea di strozzatura suddetta e si prolungava in alto sotto la 5.ª vertebra dorsale. Il suo limite superiore non si poteva determinare. Detto rigonfiamento era molle e manifestamente fluttuante. Incisi longitudinalmente la dura che lo copriva, e venne fuori pus e detritus caseoso. Raschiai col Volkmann la parete interna della dura, anche in alto sotto le altre vertebre, asportando tutte le fungosità, le quali si trovavano soltanto posteriormente come si poteva bene vedere spostando leggermente il midollo. Uno specillo introdotto pel taglio della dura, onde esplorare se la cavità fungosa aveva superiormente un confine, diede esito negativo. Liquido cefalo-rachidiano non ne escì dal taglio superiormente, mentre inferiormente, tolta con un'incisione la strozzatura sul midollo spinale, ne escì con caratteri normali ma in piccolissima quantità. Drenaggio con garza, e sutura delle parti molle.

Decorso. — Fu operata il 18 Settembre 1894. Il giorno dopo presenta gi[illegible] i movimenti volontarii, prima completamente aboliti, parzialmente scompars[illegible] è capace per es.: di estendere le gambe in semiflessione. Lungo gli ar[illegible] avverte la puntura di uno spillo come tale, mentre prima l'avverti[illegible] come compressione tattile. Diminuita l'esagerazione dei reflessi, e i cl[illegible] non esistono con la frequenza di prima.

Temperatura normale come il giorno antecedente.. Respir. 26, Pu[illegible]sazione 120. Così pure il giorno 20.

Il giorno 21 all'esame obbiettivo: Il *limite* fra sensibilità norma[illegible] e sensibilità alterata persiste sempre nella stessa zona ossia circa 4 di[illegible] al disopra della linea trasversa ombellicale. La *sensibilità tattile* è di[illegible]nuita e qualche volta pervertita, perchè il malato ad es. avverte la [illegible]sazione di toccamento o di strisciamento per un senso di pizzicore o di [illegible]tura d'ago. Solo una volta si ha la sensazione esattamente percepita. [illegible] *ensibilità dolorifica* è perfettamente reintegrata e quasi esagerata. [illegible]

sensibilità termica generalmente pervertita. Ha sensazione subiettiva di formicolio, di dolore, di bruciore lungo gli arti inferiori. I movimenti volontari appena s'iniziano. Invitata l'inferma a flettere le gambe riesce a compiere un lievissimo movimento a carico dell'arto inferiore sinistro, come pure posti gli arti in semiflessione riesce ad estenderle con un movimento lento fino al piano orizzontale del letto. I *reflessi* persistono esagerati, ma non come prima; più non esistono i movimenti clonici, che al contrario si osservavano al più leggero contatto. Non esiste più il fenomeno di Erb prima spiccatissimo. Solo esiste il clono del piede.

Reflessi cutanei. — Aboliti gli addominali, esistono i plantari. I *riflessi vasomotori* accentuatissimi. Il *senso muscolare e di posizione* aboliti completamente.

R. 25, P. 150; si fa una iniezione di digitalina, T. 37°,6. L'iniezione di digitalina si ripete a mezzanotte di 2 milligr. Il giorno 22. P 120 e R. 20, T. 37°,4. Si pratica la medicatura. Alle 12 la temperatura sale senza brivido a 40°, P. 164, R. 36, Iniez. 2 milligr. di digitalina. La sera la T. è a 38°, P. 140, R. 30,

Il 23 cefalea gravativa persistente. perdita involontaria di feci e d'urina. La temperatura varia fra il 37°,4 e il 39.°, i respiri fra i 25 e i 36, il polso fra i 120 e i 150. Il giorno 24: Polso e respiro come il giorno prima, la temperatura tocca il 39°,8. Manifestissima ptosi a destra ed altri segni di meningite. La sera il polso si fa piccolo e frequente, tanto da non potersi più numerare: respiro 40 con accenno al periodico, perdita della coscienza, grido caratteristico, iperestesia dolorosa su tutto l'ambito cutaneo, carpologia, ptosi a destra, strabismo interno a sinistra molto accentuato.

Il 25: stato quasi comatoso, temperatura fra il 37°,4 e il 37°,8, polso piccolissimo, respiro come il giorno antecedente. Il 26, muore alle 1,30 pom.

Necroscopia. — La superficie del taglio operatorio è granuleggiante così pure la dura meninge scoperta con la laminectomia. Messa a nudo tutta la meninge spinale appare normale dalla 5.ª vertebra dorsale in su e dalla 8.ª dorsale in giù. Fra queste vertebre è granuleggiante e sanguinolenta. Scoperto il midollo spinale apparisce normale da per tutto, solo in corrispondenza della strozzatura trovata a livello della 6.ª vertebra appare strozzato assieme alla sesta radice destra e sinistra. Partendo da questo punto fin verso la prima dorsale, si notano varie fungosità e piccole raccolte caseose alla parete interna della dura e solo corrispondenti alla regione posteriore del midollo spinale senza lederlo nella sua continuità e delle sue radici. Le ossa della teca vertebrale sono tutte sane. Aperto il cranio ed estratto il cervello si trova meningite tubercolare diffusa. È chiaro dunque che tutti i sintomi notati all'esame obiettivo dipendevano dalla strozzatura trovata a livello della 6.ª dorsale.

Caso 2.° — O. M. Bonora Augusto, d'anni 19, di Borgo Panigale, di professione muratore cadde da una altezza di parecchi metri il 2 Novembre 1898. Portato in Ospedale completamente paraplegico, e accusando forte dolore alla regione lombare, subito si osserva che detta regione in corrispondenza della colonna vertebrale ha la sua configurazione normale, ma alla palpazione l'apofisi spinosa della 4.ª lombare appare più rientrante del normale. All'*esame obiettivo* si riscontra anestesia cutanea ai piedi tanto al lato

dorsale, come al lato plantare; anestesia cutanea delle gambe anteriormente e posteriormente, alle coscie solo posteriormente, mentre permane nelle regioni antero-laterali. *Reflessi* perfettamente aboliti. Nella perfetta estensione la deformità alla 4.ª lombare si accentua; allora viene tenuto in letto con le coscie flesse sul bacino. In tale posizione la porzione lombare della colonna vertebrale acquista la sua normale curvatura.

Manifestando solo i caratteri di forte contusione della coda equina, esclusa la lussazione, solo sospettando la frattura vertebrale alla 4.ª lombare, il malato vien tenuto in osservazione; e così nei giorni susseguenti, non constatando miglioramento, anzi la completa paralisi della vescica e del retto, mi decido per la laminectomia lombare di esplorazione per vedere se il tutto potesse dipendere da compressione. Difatti il 6 Nov. 1898 l'eseguisco sulla 4.ª lombare, e constato che i tessuti sono profondamente contusi, nessuna traccia di frattura nelle apofisi, e nei processi articolari. La dura meninge scoperta apparisce oscura, e punta, il liquido cefalo-rachidiano che esce ha caratteri normali.

Sutura e guarigione di prima. Nel decorso appare una cistite secondaria a uretrite blenorragica di cui era affetto il malato. Convenientemente curata si vince. Nei primi giorni la paraplegia coi sintomi caratteristici che l' accompagnano resta invariata, ma poscia la sensibilità migliora, i movimenti di flessione ed estensione si fanno evidenti, non apparisce alcun decubito, e dopo circa due mesi anche la paralisi retto-vescicale era quasi scomparsa. Il malato incominciò allora a girare colle grucce.

Estirpazione del Ganglio di Gasser.

Caso 1.° — O. R. Bruschi Marianna, d'anni 68, entra in Ospedale sui primi di Nov. 1894, malata di forte nevralgia della 2.ª e 3. branca del V. di destra. A nulla giovando le cure mediche le pratico l'estirpazione della 2.ª branca col processo Wagner-Horsley e la terza mediante trapanazione della mandibola alla Velpeau. Sta perfettamente guarita fino all'Ottobre 1895, epoca in cui la nevralgia ritorna forte come prima, e ribelle ai soliti alcaloidi. Implorando la malata un atto operatorio con grande insistenza, le pratico l'estirpazione del Ganglio di Gasser col seguente processo; Incisione di Hartley-Horsley, che dal lato esterno del zigoma termina posteriormente al padiglione dell'orecchio che in parte distacco: abbassamento del lembo cutaneo-muscolare-periosteo, resezione temporanea del zigoma. Con lo scalpello e le tenaglie Lüer asporto la porzione squamosa del temporale, e per avvicinarmi sempre più al ganglio intacco anche la base cranica, allacciando la meningea sulla dura. Finisco l'operazione con l'Hartley sollevando cioè meninge e cervello con larga spatola, e raggiunti i fori ovale e rotondo, col dito e con ogni precauzione procuro il distacco della dura meninge dal ganglio stesso. Incisa col bistorì bottonuto la seconda e terza branca ai loro fori d'uscita, sollevo il ganglio dalla sua fossetta, lo afferro con una pinza Kocher e pian piano lo estirpo. Fui molto, ma molto disturbato da una emorragia mista, però non mi accorsi di aver ferita la meningea che prima aveva allacciata. Credetti in questo caso, per acquistar tempo, di non fare un lembo osteo-plastico,

data l'età della malata, e la sua poca restitenza. Finito l'atto operatorio e messo a posto il lobo temporo-sfenoidale, l'emorragia cessò completamente.

Decorso. — La donna si riebbe subito dall' atto operatorio, scomparvero subito le nevralgie, e tutto faceva sperare una guarigione prossima, ma in 5.ª giornata peggiorò rapidamente e morì senza dare segni speciali che accennassero a complicazioni insorte.

Necroscopia. — Nulla si trova alla necroscopia; la meningea media e il seno cavernoso appariscono sani, solo notasi una leggiera ecchimosi della porzione inferiore del lobo temporo-sfenoidale. Nessuna traccia del Ganglio alla fossa di Meckel.

Caso 2.° — O. M. Mariani Sofia, d' anni 61, entra in Ospedale il 18 Agosto 1897. Verso la fine d'Agosto 1895 io le praticai la resezione di tutte le branche del 5.° di destra. Stette perfettamente guarita per due anni, poscia le nevralgie ritornarono ribelli ad ogni cura e gravissime. Desiderando ardentemente di essere operata, le pratico l'asportazione del Ganglio di Gasser col metodo precedentemente descritto, solo ponendola nella posizione del Rose nel momento dell' estirpazione del Ganglio L'emorragia anche questa volta fu abbastanza abbondante e l'estirpazione del Ganglio mi riescì indaginosa.

Nel mentre che eseguisco la sutura finale, la donna morì improvvisamente per paralisi respiratoria, per evitare la quale a nulla valse la respirazione artificiale.

Alla necroscopia nulla si trova di anormale, solo il cuore è pallido coperto di grasso, ma non grande. Difatti all'esame obiettivo solo i toni netti erano apparsi leggermente profondi. Nessuna lesione al cervello, e alla località operata.

In questi due casi l'esito infausto non deve attribuirsi all'operazione, ma ai due soggetti molto debilitati che fui costretto di operare per liberarli da terribili sofferenze.

LA

FRATTURA DELLA ROTULA

PEL

Dott. BALDO ROSSI

Memoria premiata al Concorso Parravicini dell'Osped. Maggiore di Milano

---

La frattura della rotula si presenta come uno degli argomenti di traumatologia, che hanno dato luogo a maggior numero di discussioni fra gli autori.

Le conseguenze gravi dal punto di vista funzionale, per l'impotenza del ginocchio, per la rigidità articolare, e per le anchilosi, che ad essa possono succedere, ne hanno fatto l'oggetto di numerose ricerche e di innumerevoli mezzi curativi.

Ancora oggi giorno sono molteplici e disparati i pareri sul meccanismo della frattura e sul modo migliore per curarla.

Iscritto da un quinquennio nel personale medico-chirurgico dell'Ospedale Maggiore, io ho potuto raccogliere e studiare parecchi casi di frattura della rotula. Ho poi avuto l'opportunità come funzionario di guardia e come assistente nella sala San Giacomo di applicare e di veder applicati differenti metodi di cura.

I frutti delle mie osservazioni e della mia esperienza ho voluto raccogliere e sviluppare in questa memoria, aggiungendovi i dati statistici estratti dall'enorme lavoro, che si è svolto nel nostro grande Istituto, nell'ultimo trentennio. E ciò nella speranza di poter portare qualche cosa di utile, se non di nuovo, in una parte scientifica e pratica di tanta importanza.

Ma l'argomento che mi accingo a trattare ha già dato luogo a molte discussioni e fu l'oggetto di molteplici lavori; onde molte cose io dovrò ripetere, che furono già da altri pubblicate.

Nel tornare però su di esse mi conforta il pensiero che anche le ripetizioni non sono inopportune, quando mirano alla ricerca della verità, a scuotere dei pregiudizi, a riaffermare dei principì utili e giusti.

All'esposizione dei diversi mezzi di trattamento, immaginati per la cura della frattura della rotula, farò precedere i principali cenni

sulla disposizione anatomica della regione, sul meccanesimo di frattura e sulle alterazioni anatomo-patologiche proprie di questa lesione.

E così con piena conoscenza di causa, noi potremo ancora meglio afferrare l'idea direttrice e giudicare i vantaggi e gli svantaggi dei metodi curativi che verremo più oltre esponendo.

Cenni Anatomici.

La rotula situata alla faccia anteriore del ginocchio, viene generalmente considerata come un osso sesamoide sviluppatosi nello spessore del tendine del muscolo quadricipite.

Ha la forma di un triangolo, a base superiore ed a sommità inferiore.

Di essa si descrivono *due faccie* (anteriore e posteriore), *una base, una sommità e due margini.*

La *faccia anteriore* è convessa. Una serie di rugosità verticali e parallele la rendono scabrosa e le dànno un aspetto fibroide. Su di essa si notano, specie nella porzione mediana, numerosi pertugi di forma ovalare, col massimo diametro verticale: gli orifici per cui entrano i vasi nutritizii della rotella, forniti dall'arteria poplitea pel tramite delle articolari superiori ed inferiori.

La *faccia posteriore* è tappezzata da cartilagine in tutta la sua estensione, se si eccettui una piccola porzione inferiore (un sesto della totalità) destinata all'attacco del legamento rotuleo.

Una cresta smussa, a direzione longitudinale, divide la porzione articolare in due faccette laterali, leggermente concave ed incontrantisi ad angolo ottuso.

Di esse l'interna, meno estesa dell'esterna, presenta verso il suo margine libero una escavazione ancora più marcata.

La *base* è triangolare, a sommità posteriore, e dà inserzione al tendine del quadricipite.

La sua superficie non risulta trasversale all'asse del corpo, ma è leggermente obliqua dall'alto al basso e dall'esterno all'interno; — sì che la sua estremità esterna sorpassa di quasi un centimetro il livello dell'estremità interna.

La *sommità*, destinata con porzione della faccia posteriore all'attacco del legamento rotuleo, è diretta in basso, e più o meno ricurva all'indietro a seconda dei soggetti.

I *margini*, continui dalla base all'apice, segnano con una linea semicircolare i bordi laterali della rotula.

La rotula, il più voluminoso delle ossa sesamoidi del nostro corpo, è rappresentata fino all'età di due anni da un semplice nodo cartilagineo.

Solo a quest'epoca (qualche volta anche più tardi) appare un punto di ossificazione che si estende in tutte le direzioni, ma più rapidamente verso la faccia profonda che verso la faccia superficiale.

La rotula appartiene alla classe delle ossa corte, e come tale è costituita da una massa centrale di tessuto spugnoso, inviluppato da una corteccia di tessuto compatto.

La porzione di tessuto compatto che si stende sulla sua faccia anteriore, non offre il medesimo spessore su tutta la sua superficie, il suo massimo risponde nettamente alla parte mediana, il suo minimo alla periferia.

La lamina posteriore, meno spessa dell'anteriore, raggiunge il massimo di grossezza in corrispondenza della faccetta articolare esterna.

Le trabecole del tessuto spugnoso, compreso fra le due lamine, sono verticali sulla metà anteriore, orizzontali a direzione anteroposteriore nella metà posteriore.

Lo spessore della lamina compatta, la grossezza delle trabecole variano moltissimo secondo gli individui e specialmente secondo l'età. La rotula è fra le ossa che più sovente vanno incontro all'atrofia senile. La corteccia può ridursi a sottile lamella, le trabecole spugnose possono atrofizzarsi.

Di conseguenza si fanno più larghe le cavità ed i canalicoli ossei. Aumenta quindi notevolmente anche la fragilità.

Anche lo strato di cartilagine, che tappezza la superficie articolare, è molto più spessa nei giovani soggetti, che negli adulti.

Dai 20 ai 30 anni il suo spessore è di circa 8 millimetri, mentre nei vecchi non oltrepassa 2 o 3 millimetri.

Nei giovani ancora la cartilagine presenta un aspetto liscio ed una elasticità massima, che permette alla rotula di sfuggire molto facilmente all'azione dei traumi, mentre nei vecchi l'elasticità è quasi scomparsa e molto di sovente degli scrosci articolari ci dinotano che la sinoviale si è in qualche punto fatta villosa od anche mancante.

Tutto questo c'indica come la frattura di rotula sia molto più facile nella seconda metà della vita che nella prima.

La rotula, nella faccia anteriore, oltrechè del periostio, è coperta da un'assieme di fasci tendinei fra loro intrecciati, che hanno grande importanza nella patologia della regione. Essi rappresentano le espansioni fibrose, colle quali il tendine del quadricipite si continua direttamente nel legamento rotuleo inferiore ed i legamenti laterali si continuano fra di loro al davanti della rotula.

Ancora la sua faccia anteriore è coperta dall'aponeurosi, dalla fascia superficiale, dalla pelle.

Per maggior ordine descriveremo questi tessuti dai superficiali ai profondi.

1.° La pelle in questa regione molto resistente, è più spessa in avanti che sui lati. Quasi sempre liscia e di colorito normale è talvolta rugosa e brunastra nei soggetti, che stanno molto tempo in ginocchio.

È molto scorrevole sui tessuti sottostanti, cosa utilissima pei movimenti di flessione esagerati.

Noi vedremo, studiando le fratture della rotula, come la rottura di un callo fibroso riesca tanto più grave, quanto maggiori sono le aderenze, che la pelle ha assunto colle parti sottostanti.

Sotto la cute si riscontra qualche volta una borsa mucosa.

2.° La fascia superficiale è in continuazione con quella della coscia. Lassa e lamellosa in corrispondenza della rotula permette lo scorrimento della cute su di essa, mentre nei lati contrae maggiori aderenze e quindi non permette ai tessuti che dei movimenti limitati.

3.° L'aponeurosi si continua pure con quello della coscia. Prende inserzione sulla tuberosità esterna ed interna della tibia, sulla testa del perone, e si estende in basso sulla gamba.

Al di sotto dell'aponeurosi abbiamo la borsa sierosa prerotulea, che stabilisce uno strato sieroso sulla faccia anteriore dell'osso.

La rotula assume valide connessioni, in alto col tendine del quadricipite, in basso col legamento rotuleo, sui lati coi legamenti laterali (alette della rotula) e colle fibree tendinee, che continuano i fasci più esterni (in rapporto all'asse dell'arto) dei muscoli vasti del quadricipite.

Al suo lato esterno vengono ad attaccarsi anche alcune fibre tendinee del muscolo tensore della fascia lata. Tutte queste inserzioni stabiliscono alla periferia della rotula uno strato spesso e continuo di tessuto fibroso, che forma assieme ad essa l'apparato rotuleo.

Sebbene non siano parti integrali di questo apparato legamentoso, pure, per esattezza maggiore, faremo cenno anche dei legamenti mucosi, i quali sono in contiguità colla faccia posteriore della rotula e non rappresentano che due pieghe della membrana sinoviale provviste di grasso. La loro inserzione si fa nella fossa intercondiloidea del femore.

Il *muscolo quadricipite* che colla rotula e col tendine rotuleo presiede al movimento di estensione della gamba sulla coscia, è costituito da quattro grossi fasci muscolari: il retto anteriore, il vasto interno, il vasto esterno, ed il muscolo crurale.

Questi quattro fasci convergono in basso in un largo e robusto tendine (*tendine del quadricipite o tendine rotuleo*) che viene a fissarsi sulla metà anteriore della base, sulla faccia anteriore e sui bordi laterali della rotula. Sulla metà anteriore della base e sulla faccia anteriore rotulea si attaccano di preferenza le fibre tendinee del retto anteriore, del crurale e le fibre più interne (in rapporto all'asse femorale) dei vasti. Sui margini invece si attaccano i fasci fibrosi più esterni e quindi anche più obliqui dei vasti.

Questi ultimi per la loro direzione e per il loro punto d'inserzione vengono ad esercitare sulla rotula un doppio movimento di trazione, in alto ed in fuori. È bene notare fin d'ora, come il doppio movimento di trazione in fuori (e quindi antagonistico) debba produrre il divaricarsi dei frammenti nelle fratture longitudinali ed in quelle raggiate nelle quali si abbiano due grossi frammenti superiori.

Infatti la distanza fra i frammenti anche nelle fratture longitudinali si fa maggiore nella flessione della gamba, perchè in questa posizione dell'arto il movimento di trazione in fuori dei vasti è ancora più sensibile.

Alcuni fasci tendinei del quadricipite, scoperti da Lorinser, si attaccano direttamente alla tuberosità anteriore della tibia.

Tali inserzioni dirette spiegano come, in qualche caso di frattura della rotula, le contrazioni del quadricipite possano determinare ancora dei movimenti di estensione della gamba sulla coscia.

Al di sotto del muscolo crurale si notano alcuni fasci muscolari, che dalla faccia anteriore del femore vanno alla parte più alta del cul di sacco superiore della sinoviale del ginocchio; essi sono noti sotto il nome di *muscolo sotto-crurale*, o *tensore della sinoviale del ginocchio.*

Il legamento rotuleo, che nei primi tempi di vita è in continuazione diretta col tendine del quadricipite, forma, dopo l'ossificazione completa della rotula, un legamento distinto, che s'inserisce in basso alla tuberosità anteriore della tibia, in alto alla sommità della rotula e ad una piccola parte della sua faccia posteriore. Inserendosi invece il tendine del quadricipite alla metà anteriore della base ed alla faccia anteriore della rotula, ne risulta, come giustamente dice il Tillaux, che la rotula nell'estensione dell' arto è applicata più strettamente a ridosso della puleggia femorale, che non sia nella flessione.

Il legamento rotuleo è di forma triangolare, ha uno spessore da cinque a sei millimetri, una lunghezza da cinque a sei centimetri ed una larghezza di 3 centimetri in alto e di 2 in basso.

In rapporto coll'aponeurosi d'inviluppo all'avanti è posteriormente separato dall' articolazione del ginocchio da un cuscinetto cellulo-adiposo. Più in basso una borsa sierosa speciale si estende fra la sua faccia posteriore e la parte antero-superiore della tibia.

La sua direzione non è verticale, ma leggermente obliqua dall'alto al basso e dall'interno all'esterno.

Il tendine rotuelo, avendo invece una direzione obliqua in basso ed all'indentro, ne risulta che tendine, rotula e legamento non sono su di una stessa linea, ma s' incontrano ad angolo molto ottuso aperto all'esterno.

Le alette della rotula si continuano in alto col tendine rotuleo, del quale possono considerarsi come un prolungamento.

Fortemente inserite sui bordi laterali della rotella dove presentano un grande spessore, esse contornano i condili per attaccarsi sul femore e sulla tibia.

Il legamento laterale interno, più resistente, è rafforzato da alcune fibre tendinee, che dal vasto interno vanno ad attaccarsi direttamente sulla tibia.

Tale legamento s'inserisce da una parte sulla tuberosità interna

della tibia e sul condilo interno del femore in vicinanza del tubercolo d'inserzione del terzo adduttore, dall'altra sul bordo laterale interno della rotula.

Alcune fibre, come si è già accennato, passano al davanti di essa e si continuano col legamento laterale esterno.

L'aletta esterna, più sottile, s'inserisce alla tuberosità del condilo esterno del femore ed alla testa del perone, di là guadagna il bordo esterno della rotula e del legamento rotuleo, per inserirvisi e per continuarsi in parte col legamento laterale interno.

Le alette mantengono la rotula sulla linea mediana e le impediscono di fare degli esagerati movimenti di lateralità, movimenti di lateralità, che, all'esterno, sarebbero favoriti anche da una semplice contrazione del quadricipite, per la differente direzione del tendine e del legamento rotuleo.

Il muscolo tensore della fascia lata, situato alla regione supero-esterna della coscia, si continua fino al ginocchio con lunghi fasci fibrosi intrecciati e confusi colle fibre delle aponeurosi femorale, per andare ad inserirsi in basso sulla tuberosità esterna della tibia e sul margine esterno della rotula.

Esso può colle sue contrazioni portare la rotula in alto.

Sècondo Chaput l'utilità maggiore di questa azione sarebbe di obbligare la rotella ad ascendere la troclea femorale anche quando non ne fosse sollecitata da una contrazione del muscolo quadricipite, per es. durante un movimento di oscillazione della gamba sulla coscia sotto l'influenza del peso.

Il muscolo fascialata può anche estendere la gamba sulla coscia in casi di impotenza del quadricipite.

La superficie articolare della rotula è in diretto rapporto colla *superficie articolare inferiore del femore.*

Questa si presenta di diverso aspetto a seconda che noi la prendiamo a considerare nella sua porzione antero-inferiore oppure nella sua porzione infero-posteriore.

In avanti ed in basso ci si presenta coperta totalmente da cartilagine ed ha forma di puleggia (*troclea femorale*). Due faccette laterali, convesse d'alto in basso ed inclinate l'una verso l'altra, si continuano in un solco mediano.

La faccetta esterna è più larga dell'interna.

Nella porzione infero-posteriore una larga e profonda insenatura mediana, non coperta da cartilagine, (fossetta intercondiloidea) divide la superficie articolare in due porzioni laterali distinte: *condili femorali.*

Nella località, in cui la troclea femorale si continua coi condili, si notano sulla superficie articolare delle leggiere insenature a gronda (descritte da Henle e Terrillon) che ne indicano esattamente i confini. La porzione anteriore a queste insenature si dice anche *territorio rotuleo*, perchè rappresenta quella parte che ordinariamente è in rapporto colla rotula.

La porzione situata all'indietro e che nell'estensione corrisponde all'incavo tibiale si chiama *territorio tibiale.* (Chaput).

La superficie articolare del femore si presenta convessa dall'alto al basso e dall'avanti all'indietro,

La convessità, specialmente sulla metà inferiore della troclea e sui condili, è maggiore della concavità longitudinale offerta dalle faccette laterali della rotula. Ne deriva che la rotula, tranne che nella estensione dell'arto, non può appoggiare sulla superficie articolare inferiore del femore con tutta la sua faccia cartilaginea, ma soltanto con una sua porzione trasversale.

Appena al disopra della troclea femorale si nota sulla faccia anteriore del femore una leggiera incavatura, tappezzata anteriormente dal periostio e dal cul di sacco superiore della sinoviale, la *fossetta sopra trocleare.*

La troclea ed il cavo sopra trocleare sono fra loro divisi da una leggera sporgenza, che circonda il bordo superiore della troclea « *cresta articolare* ».

Nella fossetta sopra-trocleare viene ad appoggiare in parte la rotula nell'estensione dell'arto.

La superficie articolare inferiore del femore non presenta in tutti i punti la stessa larghezza.

Mentre agli inizii della troclea essa è larga 35 mm. circa misura in corrispondenza dell'insenatura di Henle 40 mm. per raggiungere più in basso la larghezza di 70 mm. circa.

Per questa condizione anatomica la rotula, che, come abbiam visto, è fissata dalle sue alette alla porzione postero-laterale dei condili del femore, viene, nel movimento di flessione, a corrispondere a parti man mano più larghe, finchè ad un dato punto il movimento di flessione non può essere più oltre continuato.

Se, a mo' d'esempio, noi sul cadavere disarticoliamo la gamba e liberiamo con un colpo di coltello la base della rotula dalle connessioni col quadricipite, rispettando le alette laterali, vediamo che, pur essendo libera da ogni legame superiore, la rotula, nei movimenti di abbassamento, può appena colla sua porzione inferiore sorpassare il limite più basso del territorio rotuleo.

Vediamo inoltre che le alette, rilassate quando la rotula corrisponde al punto più alto della troclea femorale, si estendono fortemente quando essa raggiunge le parti inferiori.

Una prova materiale di questo fatto noi la possiamo avere anche introducendo un dito al di sotto della rotula.

Nella posizione di estensione esso sta comodamente tra la rotula e la troclea femorale, ma appena abbassiamo la rotula, il dito si impegna fra le due superfici ossee ed insistendo nell'abbassamento noi risentiamo un dolore nel dito che rimane compresso.

Da queste considerazioni appare evidente che qualora per un

fatto patologico i legamenti laterali della rotula restino alterati nella loro lunghezza, ne deriverà di conseguenza una limitazione del movimento di flessione.

Noi abbiamo visto che la rotula nei suoi movimenti non abbandona mai del tutto la faccia articolare del femore. Mentre nella estensione essa si trova a cavaliere del cavo sopra trocleare e della troclea, e quindi in posizione verticale, nella flessione essa è costretta a sdrucciolare sulla troclea fino a raggiungere la porzione inferiore e parzialmente la superficie condiloidea.

Ad ogni movimento di flessione della gamba la rotula è quindi obbligata a cambiare la posizione del proprio asse: questo, verticale nella estensione, diventa orizzontale nella flessione.

Tale movimento, che riesce abbastanza facile per un osso corto, quale è la rotula nelle condizioni normali, diventerà difficile e limitato quando, per un fatto patologico, il suo diametro longitudinale aumenterà di lunghezza.

Prendiamo ora a considerare le condizioni statiche della rotula nelle varie posizioni, che deve assumere col variare dei movimenti della gamba sulla coscia.

Noi vediamo che nell' estensione mentre la parte inferiore della rotella si trova in rapporto col territorio rotuleo, la porzione articolare di essa riposa nel cavo sopratrocleare, appoggiandosi largamente sul femore con parecchi punti della sua superficie.

Vediamo invece che nella flessione la rotula abbassandosi sulla troclea femorale (la quale, come abbiamo visto, è molto tondeggiante dall'alto al basso, ed in ispecie nella porzione inferiore) viene ad appoggiare sulla troclea con una sola linea trasversale, che quasi sempre corrisponde alla parte più alta della sua metà inferiore.

Ed è appunto in corrispondenza della metà inferiore della rotula, ad un arto flesso, che succede più di frequente la sua frattura trasversale, come vedremo studiando il meccanismo di frattura.

Per ora, accontentandoci di riassumere in poche parole la nostra esposizione anatomica, noi possiamo venire a questa conclusione:

La rotula costituisce nello stesso tempo un organo di difesa per la parte anteriore dell' articolazione ed una puleggia di rinvio pel tendine del quadricipite.

Acquistando essa rapporti anatomici diversi colle parti ossee sottostanti, a seconda del mutarsi della posizione dell' arto, offre ai traumi differenti condizioni di resistenza, che vengono a regolare le varie modalità di frattura rotulea.

Eziologia.

I più antichi scrittori di patologia chirurgica, Ippocrate, Celso e Galeno, non si sono interessati alla frattura della rotula, quantunque sia una delle forme traumatiche, che maggiormente risaltino per la imponenza dei sintomi, per l'evidenza della diagnosi, e per i postumi gravi, cui va incontro quasi sempre, se abbandonata a sè, o malamente curata.

Bisogna arrivare fino a Sorano ed alla Scuola Araba per averne una grossolana descrizione.

Forse questa trascuranza trova la sua ragione nella relativa rarità della frattura rotulea in confronto alla maggior frequenza delle fratture di altre ossa.

Il Malgaigne, riportandosi alle statistiche dell'Ospedale Hôtel Dieu di Parigi, ci dice come essa si sia presentata 45 volte soltanto sopra 2328 casi di frattura, e quindi con una media del 2 per cento sulla totalità.

Anche il Durante, in un pregievole trattato moderno di chirurgia, stabilisce un rapporto del 2 per cento circa fra le fratture di rotula e le fratture in genere.

All'Ospedale Maggiore di Milano, nell' ultimo trentennio sopra un totale di 14116 fratturati si riscontrarono solo 196 fratture di rotula; il che dà un rapporto di uno sopra 72 casi di frattura.

Da questi dati statistici sempre più risulta che la frattura della rotula è abbastanza rara.

Io credo che a spiegazione di questo fatto si possono invocare certe disposizioni anatomiche speciali, per cui la rotella può sfuggire all'azione di traumatismi anche abbastanza intensi.

Essendo essa, come abbiam visto, appiattita e poco saliente, la sua faccia cutanea leggermente convessa, i suoi contorni arrotondati, ne risulta che un corpo contundente scivola con molta facilità su di essa.

Noi abbiamo notato anche che la sua faccia posteriore presenta una cresta mediana e due faccette laterali oblique: tale disposizione ne favorisce la resistenza, aumentando la sua superficie soggetta a pressione (legge di Pascal) e decomponendo le forze che gravitano su di essa.

Modalità di protezione ancora più efficaci sono fornite dalla presenza di due sierose, una alla sua faccia anteriore (la borsa prerotulea) l'altra alla sua faccia posteriore (la sinoviale del ginocchio).

Queste due sierose le permettono di scappare davanti a gran numero di azioni traumatiche.

Quando non è fissata dall'azione del quadricipite, essa può spostarsi sulle parti scheletriche sottostanti in vario senso grazie alla

sinoviale articolare; fissata invece dalla contrazione muscolare, gli agenti contundenti possono alla loro volta scivolare al davanti di essa grazie alla sierosa prerotulea.

La mobilità della rotula è altresì favorita e resa ancora maggiore dalla sua ubicazione in mezzo ai tessuti molli, che si stendono sulla faccia anteriore del ginocchio.

Anche le cartilagini, di cui sono rivestite la sua faccia posteriore e la troclea femorale, rappresentano colla loro elasticità degli agenti protettori di efficacia non dubbia. Queste condizioni anatomiche, se ci rendono ragione della relativa rarità di frattura rotulea, non sono però sufficienti per impedirla in certe contingenze, che noi andremo in seguito studiando.

Ma torniamo ora allo studio eziologico.

Come per le fratture in genere, anche per la frattura della rotula si hanno cause predisponenti e cause determinanti.

CAUSE PREDISPONENTI. — *Le cause predisponenti* sono in relazione alla *stagione, all'età ed al sesso dell'individuo.*

Riguardo *alla stagione* anche noi abbiamo notato la maggiore frequenza di fratture di rotella nell'epoca invernale. Sopra 196 casi di tale frattura 107 appartengono ai semestri invernali.

Nel 1881 e nel 1894, anni in cui la stagione invernale fu molto rigida, riscontrammo un totale di 32 fratture mentre la media di un biennio, secondo la nostra statistica, sarebbe di soli 13 casi.

Ricordiamo, a titolo di curiosità, la bizzarra ipotesi di Ambrogio Pareo, il quale attribuiva la maggior frequenza nella stagione invernale all'aumentata fragilità delle ossa in tale periodo dell'anno.

Con maggior fondamento invece oggi noi riteniamo che nella stagione invernale le pioggie. le nevi, ed i ghiacci rendono più numerose e più facili le cadute e gli sdrucciolamenti delle persone, oppure dei materiali fra i quali le persone lavorano.

L'*influenza dell'età* è sopra ogni altra degna di attenzione.

Noi vediamo che mentre le fratture in genere sono abbastanza frequenti nei primi anni di vita, le fratture di rotula sono quasi sconosciute nella prima età.

Il Malgaigne cita un ragazzo di 11 anni, come il fratturato di rotula più giovane che abbia constatato.

Il Durante nella sua statistica porta che, mentre le fratture in genere dal primo al decimo anno di età sono rappresentate da 375 casi sopra un totale di 2896, nello stesso periodo della vita la frattura di rotula è rappresentata da un unico caso sopra un totale di 59.

La frattura della rotula va poi facendosi più frequente nell'età matura e nel declinare della vita e l'aumento si fa con una proporzione molto più ampia di quella nota per le altre fratture.

Espongo ora il quadro statistico del nostro Ospedale.

Fratture di rotula.

N.°	2	casi	dai	6	ai	7	anni
»	23	»	dagli	11	ai	30	»
»	76	»	dai	31	ai	50	»
»	80	»	»	51	ai	70	»
»	14	»	»	71	ai	80	»
»	1	»	dagli	80	ai	90	»

Dall'esame di questa statistica noi vediamo che i due fratturati di rotula più giovani ricoverati all'Ospedale Maggiore avevano dai 6 ai 7 anni di età: troviamo poi un sensibile aumento nella frequenza dagli 11 ai 30 anni, ed un aumento ancora maggiore dai 31 ai 50: il massimo lo raggiungiamo dai 51 ai 70. Se queste cifre noi le mettiamo in confronto con quelle rappresentate dalla popolazione nelle varie età, ci riuscirà ancora più evidente il crescere per frequenza della frattura di rotula dopo i 50 anni,

Io credo che tale fatto sia da mettere in relazione, oltre che alla diminuita agilità muscolare nell' età senile, alle condizioni anatomiche intime della regione, che variano moltissimo dall'età giovanile alla vecchiaia.

Come abbiamo visto, la rotula è una delle ossa, che, con frequenza e precocità maggiore, va incontro ad un processo di atrofia senile, che la rende fragile e meno resistente.

Lo strato cartilagineo, che tappezza la sua superficie articolare, presenta nei giovani soggetti uno spessore triplo di quello che ha nella vecchiaia.

Al rilevante spessore si aggiunge poi nei giovani una elasticità grandissima che permette all'osso di sfuggire molto facilmente l'azione dei traumi, mentre nei vecchi l'elasticità è minima.

Nei giovani la sinoviale è liscia, scorrevole, ricca di sinovia; nei vecchi è atrofica, villosa, poco scorrevole.

Tutte cause queste che debbono esercitare un' influenza grandissima sulla produzione della frattura di rotula, dando ragione della sua maggior frequenza nell'età senile.

Notevole è pure la differenza riguardo al *sesso*. Dei 196 fratturati, 173 appartengono al sesso maschile, 23 soltanto al femminile.

Le donne vanno meno soggette degli uomini alle fratture in genere, perchè il limitato esercizio muscolare le allontana dalle cause traumatiche.

Però la differenza è molto più marcata per la frattura della rotula.

Infatti, mentre le statistiche delle fratture in generale stabiliscono un rapporto fra le donne e gli uomini, di uno per 2.5 (Malgaigne), di 1 per 3.5 (F. Gurlt), nella frattura di rotula il rapporto è di 1 per 7.5.

Noi vediamo poi che la differenza fra i due sessi è meno notevole nell'età avanzata, quando l'uomo, abbandonando del tutto o quasi la vita attiva del lavoro, si avvicina per condizioni d'ambiente e tenore di vita a quello della donna.

E così, mentre prima dei 50 anni noi osserviamo un rapporto approssimativo di frequenza fra la donna e l'uomo di 1 per 12, dopo i 50 anni il rapporto scende ad 1 per 4.

Nella nostra statistica abbiamo anche notato una maggior frequenza della frattura rotulea per l'arto sinistro.

Essa si sarebbe presentata con un rapporto di $^2/_3$ per l'arto sinistro, e di $^1/_3$ pel destro.

Ci limitiamo ad accennare questo fatto del quale, confessiamo di non poter trovare una spiegazione che ci soddisfi.

CAUSE DETERMINANTI. MECCANISMO DI FRATTURA. — Le cause determinanti la frattura della rotula possono essere *dirette*, *indirette e miste.*

Le fratture da causa diretta sono il risultato di un trauma, che esercitando la sua potenza sopra un punto dell'osso, ne vince la resistenza e lo rompe.

Le *fratture da causa indiretta* sono prodotte da una forte contrattura del muscolo quadricipite, che, lottando colla resistenza opposta del legamento rotuleo, provoca una rottura in senso trasversale della rotula.

Le fratture da causa mista sono originate dalla contrazione muscolare, cui viene ad aggiungersi un trauma diretto.

Nello stabilire la frequenza, con cui le singole forme possono essere causa della frattura, sono disparatissimi i pareri fra gli Autori.

Così, mentre il Malgaigne dice di aver potuto raccogliere soltanto nove casi di frattura indiretta, il Ricard, nel trattato di Chirurgia di Duplay e Reclus, assegna alla frattura indiretta una percentuale di frequenza del 26 %, il Koenig di circa il 33 %, ed il Tillaux andando più avanti parla della causa indiretta come della più frequente nella frattura di rotula.

Passando sopra alle fratture di origine mista, il Tillaux dice trattarsi di causa indiretta tutte le volte che la pelle del ginocchio si presenta integra. Se esistono invece segni di escoriazioni, contusioni superficiali od altro, allora si tratta di frattura diretta.

Ho tentato, per conto mio, di rendermi ragione del reale valore di questo ultimo dato del Tillaux, ed all'uopo ho istituito diverse ricerche sperimentali sul cadavere.

In seguito ai risultati ottenuti posso affermare che l'asserzione del Tillaux regge soltanto per alcuni casi; perchè, mentre con colpi di martello o con altro strumento contundente provocavo la frattura della rotula, molto di sovente io potevo ottenerla senza che la pelle rimanesse menomamente lesa: e questo, in ispecie, quando coprivo il

ginocchio con indumenti, mettendolo così nelle condizioni in cui quasi sempre l'individuo si trova nel momento del trauma.

Si aggiunga che molto di rado nelle cedole cubicolari di fratture dirette ho trovato accennate ferite complicanti, abrasioni della cute od altre lesioni superficiali.

La deduzione logica che deriva dalle constatazioni fatte da altri, unitamente ai miei risultati sperimentali, mi autorizza a mettere in dubbio l'asserzione del Tillaux, che cioè le fratture dirette siano sempre caratterizzate da lesioni dei tessuti molli sovrastanti.

Nella mia statistica poi la frattura indiretta è segnata con tutta certezza soltanto due volte; il che mi avvicina di più nel criterio di frequenza ai dati statistici del Malgaigne che a quelli degli altri autori.

Anche per ulteriori prove praticate da me sul cadavere, e che avrò occasione di esporre in seguito, ho riportato la convinzione divisa da molti autori (Gosselin, Berger, Chaput) che le fratture indirette sono rarissime e soltanto in dipendenza da una condizione di fragilità morbosa del contesto osseo della rotula.

Per provocare sperimentalmente la frattura indiretta della rotula io ho proceduto colla seguente tecnica:

Un apparecchio a cerchio di ferro chiudentesi con un congegno a vite veniva fissato intorno al bacino in modo da offrire un valido punto di attacco a livello della spina iliaca antero-inferiore.

Fatto ciò, liberavo il tendine del quadricipite, appena al disopra dalla rotula e lo serravo in un robusto morsetto a dentellature trasversali, il quale veniva fissato al cerchio di ferro coll'interposizione di un dinamometro.

Venivo così a stabilire un'asta rigida di attacco fra la rotula ed il bacino, asta rigida che mi agiva nella stessa direzione del quadricipite.

Facendo quindi presa sul piede esercitavo dei bruschi e validi movimenti di flessione del ginocchio.

In questo modo ho potuto a parecchie riprese e su parecchi cadaveri sviluppare e *misurare esattamente* una forza traente di 200-250 Kg. che agiva in modo energico sull'apparato osteo-tendineo del muscolo quadricipite, nè mai mi fu dato di ottenere la frattura indiretta della rotella: o il morsetto lasciava la presa, oppure il tendine del quadricipite si rompeva nel punto ove era strozzato dall'istrumento.

La frattura indiretta è rarissima ed a mio avviso legata ad uno stato patologico della rotula.

Ad osso normale, io credo che, più facilmente di essa, si avrebbe la rottura del tendine o del legamento rotuleo.

Malgaigne e Chaput, insistendo sulla predisposizione morbosa nelle fratture indirette, citano parecchi esempi di tali fratture, in cui si

ebbe evidente prova della fragilità ossea, dovuta con ogni probabilità ad osteite rarefacente.

Il che viene ad avvalorare ancora meglio la nostra opinione.

La frattura indiretta è sempre trasversale ed è solitamente prodotta mentre l'arto è in flessione; soltanto in qualche rarissimo caso avvenne durante la estensione, come ad esempio il caso citato dal Bichat.

Ciò dipende dal rapporto diverso che la forza traente assume coll'asse delle rotule nelle differenti posizioni dell'arto.

Nell'estensione la forza traente (muscolo quadricipite) si esplica secondo l'asse della rotula; il suo effetto quindi si farà sentire equabilmente su tutta la massa rotulea, nè potrà rompere le connessioni intime della rotula, se non agendo bruscamente e con una forza che superi la resistenza notevole opposta dal corpo dell'osso in toto.

Nella flessione invece il muscolo quadricipite, la rotula ed il legamento rotuleo formano un angolo, del quale l'apice smusso è rappresentato dalla rotula. La forza traente dovrà perciò spiegarsi secondo quest'angolo, tenderà a flettere la rotula e si farà quindi sentire maggiormente sulla lamina anteriore di essa.

Appare evidente che la trazione concentrata su di una parte sola della rotula, (la lamina anteriore) incontrerà minore resistenza di quella opposta dalla rotula in *toto*. Stabilita la rottura della lamina anteriore, la forza, a volta a volta, si esplicherà sulla sostanza spugnosa meno resistente e sulla lamina posteriore più sottile vincendone più facilmente la resistenza.

Ed ora veniamo a parlare del meccanismo di frattura mista.

Quando, durante il movimento brusco di flessione, nei miei esperimenti sul cadavere, venivo a percuotere sulla rotula con un colpo diretto, ottenevo abbastanza frequentemente la frattura dell'osso, la quale molte volte era trasversale, dividendosi cioè l'osso in due soli frammenti superiore ed inferiore: in molti casi ho potuto osservare anche la suddivisione di uno o dei due frammenti in due pezzi secondari.

Ci trovavamo quivi nelle condizioni meccaniche della frattura mista.

A questo meccanismo si avvicinano le condizioni, in cui si è avverata la maggior parte (tre quarti circa) delle fratture cliniche di rotula da me raccolte.

La frattura mista avviene quasi sempre ad arto flesso.

In tale posizione, come si è visto, la trazione del quadricipite si fa sentire maggiormente sulla lamina anteriore, che, essendo la parte più superficiale della rotula, è anche quella che sostiene maggiormente la violenza del trauma.

Su di essa si concentrerà quindi l'azione delle due forze riunite (trauma diretto e trazione) e quindi più facilmente ne potrà rompere le connessioni.

Iniziatasi la soluzione di continuo sulla lamina anteriore, si romperanno successivamente la sostanza spugnosa e la lamina posteriore, che, come è noto, offrono minor resistenza della lamina anteriore.

Le fratture miste succedono quasi sempre ad una caduta sul ginocchio.

L'individuo contrae istintivamente il muscolo quadricipite nello sforzo supremo di mantenere l'equilibrio, mentre la rotula che nella flessione rappresenta la parte più sporgente del ginocchio, verrà a rompersi contro il suolo o contro un altro corpo solido su cui venga ad urtare.

Le fratture dirette rappresentano nella nostra statistica il quarto quasi della totalità.

Esse possono essere provocate tanto nell' estensione come nella flessione dell'arto.

Nell'estensione la frattura è più difficile che nella flessione per varie cause.

In primo luogo, data la rilassatezza dei legamenti laterali quando l'arto è esteso, la rotula gode di larghi movimenti di lateralità, che le permettono di sottrarsi all'azione diretta traumatica.

In secondo luogo, nell'estensione della gamba, la rotula riposa sulla troclea e nel cavo sopratrocleare con parecchi punti della sua superficie posteriore e perciò offre una maggiore resistenza ai traumi.

Nella flessione moderata invece la frattura diretta riesce più facile per la maggior fissità della rotula; fissità procurata e dalla tensione dei legamenti laterali, e dalla ubicazione sua nell'incavo trocleare.

Inoltre, siccome la rotula in questa posizione appoggia sopra il femore con una sola linea trasversale, la frattura riesce ancor più facile e può manifestarsi trasversale.

Nella flessione esagerata, trovandosi la rotula quasi nascosta e protetta fra i condili femorali, la frattura avviene più di rado.

Anatomia Patologica. — Abbiamo passato in esame le fratture a seconda del loro modo di produzione (*dirette*, *indirette*, *miste*).

Altre varietà si presentano ora in dipendenza dello stato anatomico del focolaio di frattura.

E così:

A seconda della direzione e della molteplicità della linea d'infrazione, si hanno fratture *trasversali*, *oblique*, *verticali*, *multiple*, *comminutive*.

A seconda dello stato dei tessuti molli circonvicini, lesi dalla causa determinante la frattura, o dai frammenti dell'osso fratturato, si hanno fratture *semplici o complicate*.

A seconda che la rotula è divisa parzialmente od in totalità, si hanno fratture *complete od incomplete*.

Le fratture possono poi essere *unilaterali o bilaterali*.

Una frattura recente può pure coincidere con una frattura antica.

FRATTURE TRASVERSALI. — La frattura trasversale è quella che ci è dato più spesso osservare e che desta maggior interessamento. Sotto questa denominazione noi non raggruppiamo soltanto le forme in cui la rotula è stata divisa esattamente per traverso, ma vi intendiamo raccolte anche le fratture oblique, la cui linea di infrazione non raggiunge in alto la base della rotula, in basso l'attacco del legamento rotuleo.

Consideriamo ancora per fratture trasversali quelle che si accompagnano a schegge troppo piccole per essere ritenute come frammenti.

Le fratture trasversali più frequentemente dipendono da causa indiretta e da causa mista. Secondo il Boyer, il Malgaigne e secondo anche le nostre statistiche, più della metà delle fratture trasversali sono date da una caduta sul ginocchio.

La frattura trasversale ha sede molto spesso sulla metà inferiore della rotula, all' unione dei due terzi superiori col terzo inferiore, cioè su quella linea della sua faccia posteriore che nella flessione viene ad appoggiare sulla superficie articolare del femore.

In qualche caso la frattura può interessare anche la metà superiore della rotula, come pure, sebbene raramente, può avvicinarsi tanto alla sommità della rotula da far pensare in un primo grossolano esame ad una rottura del legamento rotuleo; fatto che mi è stato possibile osservare in un caso di Sala San Giacomo.

I frammenti possono rimanere a contatto, oppure, per l' azione traente del quadricipite sul frammento superiore, può formarsi fra loro un allontanamento che, nella generalità dei casi, va — da 1 a 3 centimetri; ma che può anche essere maggiore.

Difatti il Rieffel ne cita alcuni, nei quali i frammenti distavano di 15 centimetri, ed io in un caso, che mi propongo illustrare, ho potuto assicurarmi che la distanza fra i frammenti era di 16 centimetri nell'estensione, di 22 centimetri nella flessione dell'arto (Vedi Radiografia n. 8).

Tale distacco è intimamente connesso nella sua produzione all'integrità dell'apparecchio legamentoso della rotula. Ma di ciò vedremo più avanti.

Il distacco trasversale dei frammenti può accompagnarsi con uno spostamento nel senso antero-posteriore o nel senso laterale dei frammenti stessi.

Lo spostamento antero-posteriore dipende dalla modalità di trazione del muscolo quadricipite e del legamento rotuleo sui frammenti.

È in generale più accentuato sul frammento inferiore che sul frammento superiore e si rende chiaramente manifesto quando il distacco è superiore a due centimetri.

Per esso le superfici di frattura restano arrovesciate in avanti e formano fra loro un angolo più o meno marcato, la cui sommità è rivolta verso l'articolazione.

Qualche volta lo spostamento può essere tanto pronunciato, da cambiare totalmente i rapporti delle faccette dei frammenti. Le superfici cruente possono allora guardare in avanti, mentre le superfici articolari possono essere rivolte l'una verso l'altra.

Lo spostamento in larghezza è rarissimo. Nelle poche volte che si è presentato si osservò sempre uno spostamento all'infuori del frammento superiore.

Fratture Longitudinali. — Nella categoria delle fratture longitudinali io comprendo anche le fratture oblique, la linea di infrazione delle quali raggiunge alla periferia la base della rotula in alto, ed il punto d'inserzione del legamento rotuleo in basso.

Le fratture oblique verrebbero così a segnare una categoria di passaggio fra le fratture trasversali e le fratture longitudinali.

Le fratture longitudinali della rotula sono le più rare.

Nel Museo anatomo-patologico dell'Ospedale Maggiore se ne conserva un esemplare raccolto dal Dr. Barbieri. In questo esemplare però, essendo il frammento di destra suddiviso da una linea trasversale in due altri frammenti, sarebbe lecito pensare trattarsi piuttosto di frattura composta. — I rari casi di questa modalità cioè di frattura longitudinale di rotula furono studiati specialmente da Guillaume di Salicet; e più tardi da Van der Wiel e Delamotte, (1687) da A. Cooper, Coustè, Dupuytren, e Malgaigne.

Tutti questi Autori riconoscono per causa di tale tipo di frattura un colpo diretto od una caduta sul ginocchio. Dupuytren dice di averne osservato un caso, in cui la frattura era stata determinata dal passaggio sul ginocchio d'una ruota di vettura.

La caratteristica propria di queste fratture è il distacco longitudinale, e quindi laterale, che può aversi nei due frammenti.

In un caso citato da Van der Wiel l'allontanamento era di un centimetro circa, in un altro citato dal Delamotte raggiungeva i due centimetri e mezzo. Tale distacco aumenta nella flessione della gamba e diminuisce nell'estensione.

Noi abbiamo già visto studiando l'anatomia della parte, ch'esso dipende dalla trazione dei fasci muscolari dei vasti, che vanno ad inserirsi ai bordi laterali della rotula. Facendosi tale inserzione specialmente sulla parte alta dei bordi, l'allontanamento dei frammenti deve essere maggiore in alto che in basso. Però noi non possiamo portare alcun contributo a prova o diniego dell'opinione di tali Autori, perchè nella nostra statistica non ci è stato possibile riscontrarne alcun caso.

Fratture multiple e comminutive. — Le fratture multiple della rotula sono quasi sempre dovute ad una azione diretta, raramente

ad una causa mista. Dai casi più frequenti in cui la rotula è divisa in 3 o 4 frammenti e che allora prendono nome di fratture multiple, si può arrivare ai casi in cui i frammenti possono essere 6, 8, 10 ed allora le fratture sono comminutive.

In un caso osservato nel 1895, nella Sala San Filippo i frammenti erano 8.

Quando la rotula è divisa in due frammenti superiori, ed in uno o due inferiori, si può avere contemporaneamente distacco trasversale e longitudinale.

Del resto le fratture multiple dipendendo quasi sempre da causa diretta ci presentano la caratteristica generale di un modico distacco fra i pezzi fratturati. In simili casi invece sono molto più gravi i fenomeni di contusione delle parti molli.

Prendendo in considerazione le fratture di rotula alla stregua di questa distinzione in fratture trasversali, longitudinali e multiple, noi, basandoci anche sulla nostra statistica, possiamo dire che la più frequente è la frattura trasversale; nei casi da me raccolti essa rappresenta i $^4/_5$ della totalità.

Le fratture complicate di rotula sono rare. La nostra statistica non ne registra che tre casi. La pelle del ginocchio, che abbiamo detto molto resistente e scorrevole sui tessuti sottostanti, si lascia rompere difficilmente anche dall'azione dei traumi diretti.

Ho già detto di aver potuto produrre sperimentalmente la frattura diretta della rotula senza che la pelle venisse menomamente lesa.

Complicazioni possono invece succedere con maggior facilità nei casi di frattura iterativa, e ciò per l'intima aderenza che la pelle viene allora ad assumere col callo fibroso.

Anche le fratture bilaterali sono rare. La nostra statistica ne registra due casi e tutti e due da causa diretta.

Le fratture incomplete possono essere tanto limitate alla faccia cartilaginea che alla faccia periostea. Clinicamente sono di difficile diagnosi e generalmente vanno confuse colle contusioni del ginocchio. Il loro decorso è sempre favorevole, la loro guarigione pronta e quindi non meritano che ci soffermiamo su di esse in modo speciale.

Abbiamo già detto che il distacco fra i frammenti è intimamente legato nella sua produzione all'integrità dell'apparato legamentoso peri e sopra rotuleo.

Se noi, dopo aver prodotto sperimentalmente la frattura mista della rotula nel modo che abbiamo descritto nell'eziologia, continuiamo nelle trazioni sul piede, ci troveremo ancora ostacolati nella nostra azione dalla resistenza offerta dai piani fibrosi sopra e peri-rotulei; nè i frammenti potranno allontanarsi se non a spese della loro lacerazione.

Le alterazioni, che avvengono nei tessnti circostanti alla rotula, si svolgono in modo pressochè uniforme, qualunque sia il tipo delle

fratture da noi già studiate; è da notare però che non sempre si esplicano in tutta la loro possibile entità.

Di solito il tessuto tendineo sovrapposto alla rotula comincia pel primo a stirarsi, forma un ponte teso fra i due frammenti, si assottiglia, diventa trasparente, e si rompe, quando la distanza fra i frammenti ha raggiunto la larghezza di un centimetro. La soluzione di continuo è per lo più irregolare, a frangia; le fibre lacerate riescono più o meno frastagliate e di lunghezza varia, giacchè la loro lacerazione non si produce allo stesso livello sui due frammenti.

Private della loro elasticità la maggior parte di queste fibre vengono, per l'allontanarsi di frammenti e per la pressione atmosferica, ad interporsi fra le superfici ossee di frattura.

Anche le alette della rotula possono essere interessate.

Per la maggiore fragilità del tessuto la loro linea di lacerazione risulta meno irregolare di quella del tessuto fibroso soprastante alla rotula. La direzione in cui esse si lacerano è il più di sovente rettilinea ed è più estesa sull'aletta esterna che sull'interna.

Qualche volta può essere lacerata soltanto l'aletta esterna: la conservazione delle parti fibrose interne può coadiuvare il possibile mantenersi dell'estensione dell'arto.

Hoffa ha segnalato parecchi esempi, in cui, dopo un tragitto diretto, la lacerazione dell'aletta esterna fa bruscamente un angolo lungo il bordo anteriore delle fibre tendinee, che si continuano col muscolo tensore della fascia lata.

La conservazione di queste fibre ci spiega, perchè in qualche caso di lacerazioni estese anche sul lato interno si mantenga ancora il movimento di estensione dell'arto.

L'azione traumatica, che cagiona la lacerazione delle alette, provoca anche la ferita della sinoviale; il suo tessuto si gonfia per edema secondario, e può venire ad interporsi fra le labbra di rottura dei legamenti e della rotula.

L'aponeurosi femorale resta il più delle volte intatta per la mancanza di rapporti diretti con il focolaio di frattura.

Può però lacerarsi in seguito a dei movimenti energici di flessione.

Assieme ai tessuti fibrosi prerotulei più facilmente viene invece lacerata la borsa sierosa prerotulea ed allora questa può comunicare colla cavità articolare.

In intimo nesso colla frattura di rotula si troverebbe ancora per alcuni Autori una lesione particolare del cul di sacco superiore della sinoviale, lesione che sarebbe dovuta alla contrazione energica durante il trauma del muscolo sotto-crurale (tensore della sinoviale). Consiste essa in due perforazioni ognora accompagnate da spandimento ed infiltrazione ematica della sinoviale e nel contesto del muscolo quadricipite.

Per Rieder e Klemm la sua esistenza è costante, mentre la ubicazione profonda ne rende piuttosto difficile la ricerca.

La cavità articolare comunica sempre col focolaio di frattura: in essa viene quindi a raccogliersi il sangue, che proviene dalle superfici di frattura e dalle lacerazioni dei tessuti fibrosi. Col sangue viene a mescolarsi il trasudato sieroso dei tessuti lesi e la sinovia. Oltre alla raccolta endo-articolare si possono formare raccolte ed infiltrazioni ematiche nei tessuti peri articolari e nel contesto del muscolo quadricipite.

Il ginocchio, sempre che la causa traumatica sia stata rilevante, può diventare sede di una vera inflammazione, che alla sua volta può dar luogo a movimento febbrile ed a raccolta sierosa, siero-fibrinosa e talvolta purulenta nell'articolazione, che viene così ad aumentare in vario grado il gonfiore (idro-emato-artro, pio-emato-artro).

Quando la frattura di rotula ha avuto luogo per un forte trauma, si può riconoscere sul ginocchio un'ecchimosi superficiale, un'escoriazione od una ferita. Tali lesioni però, come abbiamo già notato, fanno nella maggioranza dei casi difetto.

Nelle cadute sul ginocchio si può avere quale alterazione speciale un' escoriazione a livello della tuberosità della tibia; io stesso ho avuta l'occasione di osservarne un esemplare in un ammalato di Sala San Giacomo.

Allorchè, colla distruzione dei mezzi di fissità della rotula, i frammenti restano fra loro allontanati (allontanamento primitivo), il distacco può aumentare durante i giorni che seguono l' accidente (allontanamento intermediario).

E ciò non solo in causa dell'azione retrattile del quadricipite sul frammento superiore, ma anche per un abbassamento del frammento inferiore causato dalla retrazione del legamento rotuleo, il quale dalla lunghezza normale di 6 centimetri può ridursi fino a 3 ed anche 2 centimetri.

Il distacco intermediario fra i frammenti è pure favorito dalla raccolta endo-articolare.

Hutschinson, Deprés, Guyon, Delamare, attribuivano ad essa ogni causa dell'allontanamento. Noi senza essere tanto esclusivisti, anzi assegnando alla contrazione ed alla retrazione muscolare e tendinea la parte principale nella produzione e nell'aumento consecutivo del distacco, abbiamo però la persuasione che la raccolta vi abbia essa pure una parte importante, nel constatare che esso aumenta col prodursi dell'ematoma e diminuisce con il suo scomparire.

Notiamo fin d'ora che si chiama distacco consecutivo quello che è in relazione all'allungamento del callo fibroso, ma di ciò ci riserviamo di parlare più avanti.

Sintomi.

I sintomi che caratterizzano le varie forme anatomiche della frattura di rotula, si distinguono, come per ogni altra frattura, in SUBBIETTIVI ED OBBIETTIVI.

I sintomi subbiettivi riguardano il dolore, l'alterazione funzionale ed un rumore di scroscio avvertito dal paziente al momento della frattura.

I sintomi obbiettivi riguardano la deformazione della regione rotulea, il gonfiore del ginocchio, la mobilità preternaturale e la crepitazione.

SINTOMI SUBBIETTIVI. — Il *dolore* è subordinato alla sensibilità individuale ed alle alterazioni dei tessuti contusi.

Riguardo alla sensibilità individuale, possiamo notare, che vi sono degli individui eccessivamente sensibili, i quali si lagnano di forti dolori, anche quando l'arto è già immobilizzato, mentre ve ne sono altri, che soffrono poco o nulla anche nei movimenti articolari, quali ad esempio gli alcoolisti, i tabetici e quelli colpiti da shock per la gravità del trauma.

Il dolore è vivissimo nelle fratture indirette e nelle miste: può essere meno vivo nelle fratture dirette, quando per la lesione dei filamenti nervosi ne viene abolita la sensibilità.

Se il dolore è molto intenso, obbliga l'ammalato all'immobilità assoluta dell'arto; se invece è poco vivo, può permettere dei leggeri movimenti dell'articolazione e qualche volta anche di camminare.

Alterata funzione. — Quando l'osso si rompe per l'azione muscolare l'individuo pnò restare in piedi, può fare anche qualche passo, ma se cade, come avviene nella pluralità dei casi, egli precipita all'indietro colla gamba flessa al disotto della coscia.

Quando invece la frattura ha luogo per una caduta sul ginocchio, il paziente cade sempre in avanti, od al più un poco di lato.

Se le parti legamentose che circondano la rotula sono rotte, l'arto giace in flessione.

Se sono invece conservate alcune delle parti che presiedono all'estensione dell'arto, questo può trovarsi più o meno esteso.

Qualche volta l'ammalato può anche alzarsi e camminare se appena venga sostenuto: in tal caso mette ogni cura onde mantenere la gamba nell'estensione e cammina rinculando e strisciando il piede sul terreno.

Il senso di scroscio che alcuni infermi dicono di aver sentito nel momento in cui l'osso si rompeva, non è un sintomo di grande importanza, sia perchè è rarissimamente avvertito, sia perchè i fatti, che precedono la frattura, perturbano quasi sempre il sensorio.

SINTOMI OBBIETTIVI. — *La deformazione della regione rotulea* è in rapporto collo spostamento dei frammenti e noi abbiamo già studiato a lungo, come essi possono spostarsi nel senso trasversale, laterale, longitudinale ed antero posteriore.

Per lo spostamento trasversale la rotula ci appare allungata nella direzione dell'asse del corpo, mentre è invece allungata in senso obliquo nello spostamento laterale ed in senso trasversale nella frattura longitudinale.

Lo spostamento antero-posteriore si manifesta con una sporgenza dei frammenti al di sotto della pelle. Se i frammenti sono di differente grossezza, la sporgenza si appalesa solo nel frammento maggiore, mentre il più piccolo appare come infossato assieme al tendine del quadricipite od al legamento rotuleo al quale si attacca.

Il *gonfiore del ginocchio* può manifestarsi immediatamente oppure due o tre ore dopo la frattura. Qualora non venga mantenuto in freno con cure appropriate, può continuare a crescere per una o due giornate.

Esso è causato dalla raccolta di sangue, di siero trasudato e di sinovia nell'articolazione e nei tessuti peri-articolari.

Il suo volume è proporzionato all'entità delle lesioni ossee e delle parti molli.

Quando la tumefazione non è molto marcata, la deformazione del ginocchio non appare molto rilevante e si può osservare nello spazio fra essi compreso un avvallamento più o meno pronunciato, avvallamento favorito nella sua produzione dalla pressione atmosferica, che spinge le parti molli verso la cavità articolare.

Alla palpazione in corrispondenza di questo avvallamento si può avvertire un senso di strofinio dovuto alla confricazione di coaguli fibrinosi fra di loro.

Quando il versamento è invece considerevole, il ginocchio assume una forma tondeggiante spiccata, i tegumenti sono tesi per i liquidi raccolti sotto di essi e si nota alla palpazione della parte un senso di netta fluttuazione.

L'anormale mobilità si rileva afferrando colle mani i frammenti ed imprimendo su di essi dei movimenti di lateralità in senso inverso. Questo sintomo è difficile e qualche volta impossibile a percepirsi nei casi di massimo gonfiore del ginocchio, per la difficoltà che s'incontra nel raggiungere i frammenti.

La crepitazione è percepibile, quando i frammenti sono fra loro avvicinabili e quando non esiste una rilevante interposizione di coaguli fibrinosi e di tessuti molli.

La crepitazione, quando esiste, è molto marcata nei primi giorni, va facendosi poi man mano più oscura e dentro l'8.° ed il 15.° giorno dell'avvenuta lesione scompare affatto per la neoformazione del tessuto che deve unire i frammenti ossei.

Nei casi normali i fenomeni più salienti di frattura passano dalla quinta alla decima giornata; il solco che separa i due frammenti diventa meno profondo, il gonfiore diminuisce.

In seguito la porzione liquida va riassorbendosi del tutto, mentre un tessuto di riunione si organizza fra i due frammenti.

Diagnosi.

I dati sui quali solitamente si appoggia la diagnosi di frattura di rotula sono:

Una caduta recente susseguita da impotenza totale dell' arto inferiore.

La raccolta endo-articolare e quindi il gonfiore del ginocchio.

Il distacco fra i frammenti.

Qualche volta si può aggiungere a questi dati la percezione subbiettiva dello scroscio nel momento della frattura.

Il diagnostico è facilissimo quando, con un distacco discreto dei frammenti, il ginocchio non è troppo teso dalla raccolta e lascia percepire la depressione che separa i frammenti stessi.

Diventa invece abbastanza difficile quando i frammenti si trovano fra loro a contatto, o quando la tensione endo articolare fa scomparire la depressione.

La frattura incompleta di rotula viene generalmente confusa con una semplice contusione.

D'altra parte una contusione, susseguita da ematoma traumatico della borsa prerotulea, potrà darci l'impressione di frattura di rotula.

La crepitazione sanguigna e la sensazione speciale di depressione che risente il dito, quando appoggia sulla parte centrale di un ematoma coagulato, potranno essere confuse colla crepitazione e colla depressione propria della frattura. Il dolore, per quanto meno localizzato che nella frattura, il trauma diretto e la caduta recente rappresentano, in queste forme, altre cause d'errore.

Ad illuminarci sul valore reale di questi dati per ammettere che si tratta di semplice contusione o di frattura, ci tornerà utile la ricerca della spostabilità reciproca dei frammenti.

Se ciò non è possibile, per il dolore che si provoca o pel gonfiore rilevante del ginocchio, si potrà rivolgere l' attenzione, come consiglia il Tillaux, ai bordi della rotula per vedere se la depressione esiste anche in loro corrispondenza, ben sapendo che negli ematomi la depressione è solamente della parte mediana.

Un'altra causa di confusione può essere data dal crepitio, dovuto alle infiammazioni della borsa sierosa e che può essere preso per crepitio osseo.

Ma qui varranno come dati differenziali i fenomeni di flogosi, che in quest'ultimo caso potranno interessare anche i tessuti superficiali.

Nei casi in cui il distacco è limitato a qualche millimetro e tale da non permettere, nè i movimenti laterali, nè la crepitazione che ne è la conseguenza, può esistere una causa d'errore segnalata pel primo da Sanson e constatata più volte dal Malgaigne e dal Lefort.

Per un urto del ginocchio contro un corpo saliente può rompersi trasversalmente il cuscinetto fibroso che riveste la rotula, senza che venga lesa la continuità dell'osso.

Si avrà allora una fessura trasversale, che potrebbe benissimo essere attribuita ad una frattura senza spostamento.

Sanson aggiunge d'aver osservato in uno di questi casi come la reazione infiammatoria del ginocchio avesse dato luogo al fenomeno di crepitio provocabile durante le ricerche della spostabilità della rotula, che con tutta parvenza di verità poteva essere attribuito alla frattura.

Con un po' di attenzione noi crediamo che si potrà sempre distinguere la vera crepitazione dal fruscio articolare. Ma l'esistenza di una fessura trasversale può mettere in dubbio il chirurgo.

In tal caso converrà soprassedere. Il riposo continuato per un paio di giorni o tre farà cessare il dolore dovuto ad una semplice rottura del tessuto fibroso sopra-rotuleo, mentre la dolorabilità persisterà ognora vivissima nella frattura.

Certi ulteriori esami potrebbero renderci meno difficile un concetto diagnostico, ma se questi esami sono di vantaggio pel clinico, riescono altrettanto dannosi per il paziente.

Sono sopratutto per conto mio da sconsigliarsi, od almeno da raccomandare che vengano praticati con grande cautela, i movimenti passivi di flessione e di estensione, che alcuni Autori suggeriscono per constatare, in caso di frattura, l'allontanarsi e l'avvicinarsi dei frammenti.

Si eviteranno così lacerazioni maggiori nei legamenti e tutti gli accidenti, che ad esse possono susseguire.

Ne sia esempio il triste caso riportato da J. L. Petit.

Non è punto difficile differenziare dalla frattura di rotula la rottura del tendine e del legamento rotuleo, affezioni del resto molto rare.

La sede differente del dolore, l'assenza della crepitazione, la rotula che si muove tutto di un pezzo, parlano chiaramente per la diagnosi differenziale.

Si può dire col Ricard che se i disturbi funzionali delle rotture tendinee possono simulare quelli della frattura dell'osso, i segni fisici molto differenti prevengono l'errore.

Il diagnostico risguardante la varietà della frattura verrà determinato dalle informazioni, che si potranno raccogliere sulla causa che l'ha prodotta: dalla direzione e dalla molteplicità della linea di frattura: dal grado e dalla modalità di distacco fra i frammenti.

Si potranno così distinguere facilmente le fratture trasversali le longitudinali, le multiple.

La diagnosi delle fratture complicate s'impone da sè.

Consolidazione della Frattura. — Argomento di altissimo interesse scientifico e pratico è sempre stato pei patologi e pei chirurghi la formazione del callo nella frattura della rotula, per la grande difficoltà incontrata sempre nell'ottenere una consolidazione perfetta.

È noto da tempi antichissimi che la guarigione della frattura di rotula avveniva quasi sempre per la formazione di un callo fibroso.

Da Paolo d'Egina, da Ambrogio Pareo in poi tutti i chirurghi sono d'accordo nel constatare la rarità del callo osseo. Alcuni ne negarono perfino l'esistenza. Si narra di Pibrac, che offriva cento luigi a chi gli avesse presentata una rotula guarita con callo osseo. Dupuytren fu tanto meravigliato nell'osservarne un esemplare su di un individuo da lui curato, che si dichiarò pronto a pagare a peso d'oro tale rotula qualora i parenti dell'individuo gliela avessero portata dopo la sua morte.

Infinite si possono dire le ipotesi che sono state emesse e se ne avrà una pallida idea dai dati sommarii che io vengo esponendo. Alcuni autori volevano trovarne la causa nella vascolarizzazione precaria di questo osso sesamoide, nello scarso potere osteogenetico dello strato fibro-plastico, che riveste la sua faccia anteriore, nella mancanza di forza rigeneratrice dello strato cartilagineo, che riveste la faccia articolare.

Si tirò in campo la pretesa diluzione del succo osseo da parte della sinovia sparsa sulle superfici di frattura.

S'incolpò l'interposizione fra i frammenti del legamento mucoso del ginocchio, l'arrovesciamento in fuori del frammento inferiore causato dalla retrazione del legamento rotuleo e dal versamento articolare.

Il Porta, in un caso ricordato nelle sue memorie, sorpreso di non aver potuto ottenere il callo osseo sebbene i frammenti fossero stati condotti a diretto contatto, ne incolpa « l'età senile » (l'ammalato aveva 60 anni) « la debolezza organica ed i movimenti incongrui dell'ammalato durante la cura ».

Però anche in altri 14 casi da lui descritti nelle stesse memorie, non ha mai potuto ottenere una completa restitutio ad integrum.

A. Cooper (1837) e Gulliver (1841) provarono sperimentalmente che si possono incolpare delle ragioni più semplici ma più vere.

A. Cooper produsse sul cane delle fratture trasversali con distacco primitivo dei frammenti senza poter ottenere un callo osseo, nemmeno aiutando l'avvicinamento dei frammenti colla tenotomia del tendine del quadricipite.

Invece in una frattura verticale, in cui il distacco non aveva avuto luogo, potè ottenere un callo osseo.

Gulliver in una prima serie di esperimenti si provò a fratturare la rotula trasversalmente, avendo cura di dividere anche lo strato fibroso prerotuleo; i frammenti si divaricarono da uno a tre centimetri ed il callo osseo non si avverrò.

In un'altra serie invece nella quale egli aveva avuto cura di mantenere intatto il tessuto fibroso prerotuleo, ottenne la formazione di un callo osseo.

Se ne dedusse che la causa del callo fibroso risiede nel distacco fra i frammenti e nella consecutiva rottura dello strato fibro-plastico sovrastante alla rotula, causata dalla retrazione del quadricipite.

Altri autori segnalarono poi che la tendenza al divaricarsi dei frammenti, tanto funesta alla produzione del callo osseo, è favorita, oltre che dalla retrazione muscolare, anche dalla presenza della raccolta endo-articolare.

V. Bruns, Ravoth, Rentz in Germania, Hutchinson in Inghilterra, Malgaigne in Francia hanno pei primi segnalato questo fenomeno.

Un'altra causa, e di capitale importanza, della mancata riparazione ossea fu indicata poi dal Mac-Ewen (1883): L'interposizione di lembi di tessuto fra i frammenti.

Egli, facendo l'autopsia di due individui che fra l'altre lesioni presentavano una frattura di rotula, trovò che le superfici di frattura erano tappezzate da lembi di tessuto provenienti dalle lacerazioni dello strato fibro-periosteo soprastante alla rotula, della borsa sierosa prerotulea e della sinoviale.

L'importanza di un tale fenomeno anatomo-patologico, che agisce nella frattura di rotula come l'interposizione muscolare nelle fratture diafisarie delle ossa lunghe, fu poi riconfermato dalle osservazioni di ...er, di Rosenbach, di Lucas Championnière ed accettato da tutti i chirurghi come una della cause principali della mancata formazione del callo osseo.

Cosicchè attualmente possiamo dire che un notevole distacco fra i frammenti e l'interposizione fra essi di tessuto molle o fibroso, rappresentano le cause principali per cui le fratture di rotula, se non trattate in un modo speciale, guariscono quasi sempre con callo fibroso, riuscendo per loro insufficienti i comuni processi curativi delle fratture in genere.

Formazione del Callo.

Come abbiamo visto, uno dei primi fenomeni che seguono la frattura di rotula, è la raccolta sanguigna endo-articolare. Questa può crescere durante i primi due o tre giorni; indi, se non intervengono fenomeni di reazione infiammatoria nell'articolazione, comincia a diminuire per assorbimento della parte liquida.

Passata una diecina di giorni i coaguli fibrinosi che riempiono

l'articolazione e circondano il focolaio di frattura, cominciano ad organizzarsi.

Le superfici di frattura restano come inviluppate da una massa di tessuti molli, succulenti, molto vascolarizzati, che si continua senza interruzione da un frammento all'altro, occupando anche lo spazio che fra loro può esistere.

Si hanno allora le condizioni necessarie alla formazione di un buon callo osseo (contatto fra i frammenti) nessuna interposizione fra essi di tessuti, età del soggetto, condizioni sane delle ossa, tale massa andrà facendosi sempre più consistente, avrà, dopo 14-15 giorni, la compattezza del tessuto cartilagineo e, dopo la ventesima o ventiduesima giornata, la durezza del tessuto osseo.

Il callo osseo sarà allora formato.

Se invece (quello che succede nella maggior parte dei casi) le principali condizioni favorevoli non si riscontrano, il processo osteogenetico si organizza soltanto nella superficie di frattura dei frammenti, manifestandosi colla loro ipertrofia, con stalattiti ossee che restano quasi a testificare gli sforzi della natura onde arrivare alla restitutio ad integrum.

Il cilindro di tessuto molle, che riempie l'intervallo fra i frammenti, si organizza in tessuto connettivo e forma assieme all'ispessimento ed all'aderenza delle parti molli vicine il callo fibroso.

Questo al trentesimo giorno si appalesa già sotto forma di un cordone di tessuto, che congiunge i due frammenti, abbastanza grosso quando il distacco non sorpassa i tre centimetri, sottile invece se l'intervallo è maggiore.

Il callo fibróso non è però perfettamente solido se non dopo cinquanta, sessanta giorni.

Ho visto quest'anno nella « Sala Epilettici » dell'Ospedale Maggiore un giovanetto di 17 anni ricoverato per frattura di rotula, in cui il callo fibroso di grossezza ragguardevole e lungo appena un paio di centimetri si ruppe sessanta giorni dopo la frattura, quando era già stato tolto l'apparecchio, per un brusco movimento dell'arto causato da un insulto epilettico.

Con un callo fibroso occorrono alle volte uno o due anni prima che l'ammalato possa camminare spedito ed appoggiare liberamente sul suo arto.

Il callo varia nella sua lunghezza col variare dell'allontanamento fra i frammenti; va da qualche millimetro a molti centimetri. La sua resistenza sta in ragione inversa della sua lunghezza e del suo spessore.

Se nel contesto del callo vi è un deposito ragguardevole di sali calcari, allora la sua consistenza si avvicina di molto alla rigidità ossea.

Nei casi di lunghezza discreta però è il più delle volte sottile

molle verso la parte centrale, duro e robusto in vicinanza dei frammenti.

Si può allungare nella flessione del ginocchio specialmente quando non è molto robusto. Per tale allungamento elastico del callo la distanza fra i frammenti può nella flessione aumentare anche di parecchi centimetri.

Il callo fibroso si attacca ordinariamente colle sue estremità alle superfici di frattura.

Quando però i frammenti oltre ad essere allontanati nel senso verticale, presentano anche lo spostamento nel senso antero-posteriore, allora piuttosto che fra le superfici di frattura, che sono diventate anteriori, il callo si potrà organizzare fra le superfici articolari, che sono divenute rispettivamente superiori ed inferiori.

In caso di arrovesciamento di un sol frammento il callo si potrà sviluppare fra la superficie articolare del frammento arrovesciato e la superficie cruenta dell'altro.

L'assenza di callo nella frattura di rotula è un fatto eccezionale. Chaput ne rapporta due soli casi.

È possibile che, malgrado esista un relativo allontanamento fra i frammenti, si svolga fra loro per un attivo potere osteogenetico la formazione di un vero callo osseo, ma esistendovi il distacco riesce d'ostacolo o direi dannoso, perche la rotula assume una lunghezza anormale: mentre il callo osseo, nei casi di combaciamento delle superfici fratturate, rappresenta l'ideale di guarigione ed è quanto noi ci proponiamo di ottenere anche coi moderni e razionali metodi curativi.

Cicatrizzazione delle parti molli. — Mano mano che si svolge il processo di consolidazione della frattura o per mezzo di un callo osseo, o soltanto fibroso. anche i tessuti molli, che circondano la rotula, tendono alla cicatrizzazione.

Per queste parti anzi il processo è favorito e dalla maggiore irrorazione sanguigna e dalla copiosa immigrazione di leucociti causata dalla irritazione subita.

Non credo però compito mio il fermarmi a lungo sulle modalità colle quali si compie tale cicatrizzazione rientrando essa nella comune formazione di cicatrici.

Devo però notare che mentre il processo di riparazione riesce nei primi tempi per queste parti più facile, e direi quasi esuberante, in seguito, tanto per l'azione infiammatoria dell'artrite che può seguire il traumatismo, quanto per il processo di retrazione della cicatrice, le alette laterali della rotula ed i tessuti vicini tenderanno ad accorciarsi e quindi a restringersi intorno alla parte da loro abbracciata. E più tardi l'apparato rotuleo invece che rilassato resterà stretto e come fissato sulle parti circostanti.

Di simile condizione di cose verranno sopratutto a risentirne i

movimenti di flessione, i quali non saranno possibili, perchè l'apparecchio rotuleo ristretto non potrà comprendere le sezioni man mano più larghe della troclea femorale.

Da ciò quella alterazione che si riscontra quasi in ogni caso di frattura della rotula che è la rigidità articolare.

Torna qui opportuno ricordare il grande beneficio che si può ritrarre da un geniale e moderno sistema curativo, che è dato dalla kinesiterapia.

Non è mio intento dilungarmi nello studio delle diverse applicazioni meccaniche applicabili ai casi di rigidità articolare, dirò soltanto che il ripristinarsi dei movimenti si farà tanto più in fretta e facilmente, quanto più presto si potrà intervenire con queste cure: perchè il tessuto di cicatrice cedevole fin che è recente, diventa rigido e resistente dopo un certo tempo.

Secondo lo Chaput la rigidità articolare dipende oltrechè dallo stringimento dell'apparato rotuleo, anche dal raccorciarsi dei legamenti, che uniscono la tibia alle tuberosità femorali, (legamenti laterali e bandellettes intermediaires del Chaput).

La rigidità articolare è un fenomeno che accompagna costantemente la frattura di rotula e può durare da qualche settimana a qualche anno.

La sua gravità e quindi la sua durata è in rapporto:

1.° All'estensione ed alla lesione delle parti molli.

2.° Al grado dell'infiammazione articolare.

3.° Alla quantità del sangue raccolto nell'articolazione, per le aderenze cui può dar luogo l'eventuale organizzazione dei coaguli fibrinosi.

4.° Al tempo in cui l'articolazione è rimasta immobilizzata.

Nei casi gravi la rigidità articolare può condurre ad anchilosi ossee parziali.

Importanti e di varia natura sono le alterazioni che susseguono alla frattura di rotula, quando si sia formato un callo fibroso.

I frammenti ossei divaricati per l'interposizione del callo fibroso possono assumere colle parti vicine dei rapporti novelli di connessione.

Il frammento superiore, portato in alto dalle contrazioni del quadricipite, può restare libero in mezzo ai muscoli anteriori della coscia, oppure può fissarsi alla parte anteriore del femore creandovisi magari un'articolazione novella.

Page ha osservato un caso di rotula, fratturatasi quindici anni prima, in cui il frammento superiore si era fissato alla faccia anteriore del femore, due pollici al disopra dei condili.

Malgaigne ci racconta d'aver notato alla sezione di due fratturati, come la sinoviale presentasse in vicinanza al frammento superiore un'apertura ristretta, continuantesi in una retrocavità sierosa,

le cui pareti erano rispettivamente formate dalla superficie anteriore del femore leggermente appianata e coperta da periostio indurito, quasi cartilagineo, e dalla superficie articolare del frammento spostato.

Il frammento inferiore di solito viene attirato in basso dalla retrazione del legamento rotuleo verso la testa della tibia, alla quale può fissarsi.

Ambedue i frammenti, trovandosi dislocati dalla loro posizione fisiologica, subiscono poco a poco un processo deformante, come succede dei capi articolari nelle lussazioni antiche delle grandi articolazioni.

Fenomeni atrofici in corrispondenza della porzione fratturata, fenomeni ipertrofici nella porzione opposta, possono indurre nei frammenti una speciale modificazione a forma di clava. Nel frammento superiore la porzione più grossa resta quindi rivolta in alto, nel frammento inferiore rivolta in basso.

Tali deformazioni possono concorrere ad ostacolare i movimenti articolari.

Atrofia muscolare.

Come succede generalmente nelle fratture, la rottura della rotula è seguita, durante il processo di riparazione, dall'atrofia dei muscoli della coscia, atrofia che, come fu reso noto dalle esperienze istituite in proposito, s'inizia verso il dodicesimo giorno dopo la frattura. Ma, mentre lo stato atrofico degli altri muscoli va dissipandosi più o meno rapidamente dopo che l'immobilizzazione è stata tolta, il muscolo quadricipite, e specialmente il retto anteriore, può persistere in tale stato per mesi, per anni ed anche per tutta la vita.

L'ammalato ha magari ripreso da molto tempo le sue occupazioni, lo stato funzionale dell'arto si è avvicinato più o meno al normale ed ancora, se si misura la circonferenza delle due coscie, si trova una differenza di qualche centimetro a scapito dell'arto leso. Tale condizione di atrofia quasi abituale nel trattamento delle fratture di rotula coi metodi incruenti venne attribuita a cause molteplici.

Alcuni la spiegano coll'artrite traumatica.

Pel Sabourin l'infiammazione, iniziatasi nell'articolazione si diffonderebbe per contiguità al muscolo, determinandovi un'atrofia variabile.

Vulpian l'attribuisce ad un'azione riflessa; i filamenti nervosi articolari, interessati dal processo infiammatorio, determinerebbero sul centro d'origine delle fibre nervose destinate ai muscoli una modificazione per cui l'attività degli elementi anatomici di quella parte di sostanza grigia ne verrebbe diminuita.

Altri ne cercano la causa nell' infiltrazione sanguigna. Così il Tripier la fa dipendere dall'azione del sangue infiltrato nel muscolo, che vi stabilirebbe un lavorio inflammatorio che conduce all'atrofia.

Roux è invece d'opinione che l'infiltrazione di sangue nel muscolo può essere causa di atrofia, in quanto che ne distende le fibre.

Per Hoffa la causa è più complessa. Dipende dalla raccolta sanguigna endo-articolare e sarebbe durante l'assorbimento dei prodotti di decomposizione di essa che la fibra contrattile soffre nella sua nutrizione.

Noi pure, convenendo cogli altri autori che l'artrite traumatica e la raccolta sanguigna, possono esercitare qualche influenza nella produzione dell'atrofia muscolare, siamo però persuasi che essa è sopratutto legata alle due seguenti condizioni:

1.° Alla prolungata immobilizzazione.

2.° Alla formazione del callo fibroso.

1.° Per la prolungata immobilizzazione l'atrofia si fa sentire su tutti i muscoli della coscia, ma in modo più spiccato sul quadricipite, il quale, compiendo già fisiologicamente una funzione più importante in confronto degli altri muscoli della coscia e quindi, *lavorando maggiormente* deve sentire di più gli effetti del *riposo forzato.*

Così se noi immobilizziamo per un dato tempo il braccio di un atleta e quello di un individuo che non si sia mai dato ad esercizî muscolari, troveremo che la riduzione muscolare è più marcata nel primo caso che nell'altro.

2.° Colla formazione d'un callo fibroso si viene ad aumentare la lunghezza del tendine d'inserzione del muscolo.

La porzione muscolare sarà quindi obbligata a ritrarsi onde poter agire colle sue contrazioni sul tendine che si è fatto più lungo.

Il rapporto fra la parte tendinea e la parte muscolare resta alterata e le condizioni del quadricipite si avvicineranno a quelle dei muscoli a lungo tendine che, come la fisiologia c' insegna, sono destinati nell'economia del nostro organismo ad un lavoro poco esteso e poco energico.

E l'atrofia sarà minore in quelle parti, le cui fibre tendinee d'inserzione si saranno meno allungate. Così i vasti che per mezzo dell' espansioni laterali conservano quasi sempre qualche punto di connessione diretta col frammento inferiore, restano meno maltrattati dal processo atrofico che il retto anteriore, il quale, attaccandosi alla base della rotula, è obbligato ad accorciarsi di tutta la lunghezza del callo fibroso.

A prova della nostra asserzione sta il fatto che gli ammalati colpiti da atrofia possono compiere abbastanza facilmente il movimento di estensione della gamba sulla coscia alla cui attuazione concorrono tutti i fasci del quadricipite, mentre compiono difficilmente e qualche volta riesce loro impossibile il movimento di flessione della coscia sul

bacino a gamba estesa, movimento che è affidato in gran parte al retto anteriore.

A diminuire il lavoro del quadricipite ed a favorire quindi l'atrofia muscolare contribuisce anche in molti casi la limitazione nei movimenti dell'arto che, come vedremo, s'incontra tanto di sovente nella anormale consolidazione della rotula.

Per evitare dunque il grande inconveniente dato dall'atrofia muscolare noi dobbiamo avere di mira di mantenere il minor tempo possibile gli ammalati in assoluto riposo e di favorire la formazione di un callo osseo normale, il che si potrà ottenere soltanto da un pronto e saggio intervento curativo.

Il risultato clinico viene in appoggio alla nostra asserzione. Esaminando alcuni ammalati che furono in cura all'Ospedale Maggiore in questi ultimi anni ho trovato che quelli il cui arto era stato immobilizzato per un breve periodo di tempo e che erano guariti con callo osseo non presentavano alcuna traccia di atrofia, mentre ho lovuto sempre constatarla in quei casi che erano rimasti immobilizzati più di 50 giorni ed erano guariti col callo fibroso.

Abbiamo toccato per sommi capi le alterazioni anatomiche, che ossono seguire alla formazione del callo fibroso. Ora dobbiamo velere i disturbi funzionali che dipendono dalle accennate alterazioni.

Se però noi siamo convinti che queste alterazioni anatomiche e unzionali sono dovute in massima parte alla formazione del callo firoso, non manca chi la pensi diversamente.

Così troviamo degli autori, i quali, persuasi che un callo fibroso on inceppa per niente la funzionalità dell'arto, si dichiarano soddifatti quando possono ottenerlo.

Le teorie, che essi sostengono, sono però basate solamente su asi speciali, che a mio avviso non bastano per generalizzare ed imorre il loro modo di vedere.

Texier dice di un ufficiale di cavalleria che malgrado un callo broso faceva ancora il suo servizio montando molto bene a cavallo.

Hamilton ci racconta di un soldato, che faceva regolarmente sue marce senza zoppicare.

Kirkbride cita due ammalati che con un callo fibroso lungo due ollici potevano ancora correre.

Larger presentava alla Società di Chirurgia Francese nell'83 un dividuo guarito con callo fibroso di rotula, il quale non presentava sturbi funzionali rimarchevoli, quantunque il frammento superiore fosse innalzato fino a raggiungere il terzo medio della coscia.

Camper, Bell, Kükler, Velpeau, Lefort, Jalaguier, Tilanus e molti tri si accordano nel sostenere la medesima opinione.

Questi casi favorevoli vengono però da altri chirurghi considerati me risultati che si ama citare, appunto perchè sono rari.

Il Malgaigne, che in materia è uno degli autori più competenti, nel suo libro sulle fratture e lussazioni insiste negli inconvenienti del callo fibroso ribattendo le diverse argomentazioni citate a favore di esso.

Premesso che egli non ha mai potuto vedere l'arto riprendere completamente la sua funzionalità anche con un callo fibroso di un solo centimetro di lunghezza, il Malgaigne afferma che i risultati perfetti che si vantano, non sono per lui spiegabili, se non attribuendoli ad inesattezza ed imperfezione nell'esame dell'ammalato.

« Ho esaminato con somma cura, egli dice, un nostro collega citato da tutti come esempio di completo ripristino funzionale. Ho trovato un distacco di due centimetri.

Invece della vantata perfezione funzionale ho dovuto constatare che egli non poteva salire, nè scendere le scale, facendo due gradini alla volta; non poteva correre, nè poteva portare un fardello appena un po' pesante, perchè il ginocchio gli si piegava sotto.

Era poi tanto tormentato dalla diffidenza nell'arto suo, che montando a cavallo non osava metterlo al trotto ».

Gli inconvenienti, dice poi il Malgaigne, sono ancora più gravi per gli individui che attendono ad un lavoro gravoso, come gli operai.

Un tornitore dovette abbandonare il mestiere non potendo stare in piedi sulla sola gamba malata.

Un facchino di piazza che prima della frattura era abituato a portare sulle spalle un peso di duecento chilogrammi, dopo la frattura non sopportava che il peso di 50 chilogrammi: un altro da seicento dovette diminuire a duecento chilogrammi.

Anche le marcie diventano più faticose: un individuo che faceva comodamente 15, 20 leghe ogni giorno prima della frattura, dopo di essa a mala pena riusciva a percorrerne dieci o dodici.

Grandissima è poi per taluni individui la difficoltà, che incontrano nel montare e nel scendere le scale.

Se qualcuno, a forza d'esercizio e superando la diffidenza istintiva, arriva a farlo abbastanza facilmente, vede ricomparire la difficoltà, non appena si trova davanti a dei gradini un po' più alti degli usuali.

L'estensione dell'arto può essere qualche volta tanto poco sicura, da costringere l'ammalato nel camminare a compiere colla sua gamba un movimento di falce prima di poterla portare all'innanzi.

Qualche volta i muscoli non hanno più la forza necessaria a produrre l'estensione completa. Allora l'ammalato è costretto per camminare a servirsi di una ginocchiera rigida o ad appoggiarsi a gruccie o bastoni.

Chaput in una interessante monografia sulle fratture antiche di rotula con esperienze ingegnose, confortate dall' appoggio clinico, ci dà le spiegazioni scientifiche dell'ostacolo funzionale dipendente dalla presenza di un callo anormale.

Egli distingue le diverse modalità con cui la rotula fratturata può consolidarsi e ne stabilisce cinque gruppi, che egli ritiene come tipi di consolidazione.

Nel primo tipo la rotula non è aumentata di lunghezza. I movimenti dell'arto sono completi.

Il callo può essere osseo o fibroso.

Nel secondo tipo la rotula si è allungata e l'aumento è di circa un terzo della lunghezza normale.

La consolidazione ha avuto luogo per mezzo d'un callo osseo o d'un callo fibroso rigido che clinicamente può essere considerato come osseo.

Per l'acquistata lunghezza la rotula non potrà più scorrere sulla troclea femorale durante la flessione e per ciò tale movimento resterà limitato.

Il terzo tipo comprende tutti i casi di consolidazione con callo fibroso, breve e flessibile.

Le parti ossee, unite dal tessuto fibroso che agisce da cerniera, potranno allora scorrere con tutta facilità sulla troclea ed i movimenti di flessione ed estensione saranno possibili in tutta la loro ampiezza.

Il quarto e il quinto tipo abbracciano tutti i casi di guarigione fibrosa in cui il frammento superiore è stato attirato dal quadricipite a disopra della cresta articolare.

Lontano dalla sua posizione fisiologica esso frammento si deforma, e dà origine ad una prominenza a foggia di tubercolo (tubercolo di arresto del Chaput) situato in corrispondenza della porzione più alta della rotula e sulla sua faccia posteriore.

Anche la fossetta sopratrocleare si modifica incavandosi ancora di più e di conseguenza si fa più pronunciata la cresta articolare.

Per questo complesso di cose, se il callo (tipo 4.°) non è di lunghezza esagerata il tubercolo d'arresto verrà nei movimenti di flessione ad urtare ed a fermarsi contro tale cresta, così che il grado della flessione dipenderà in questo tipo dalla maggiore o minore distanza fra il tubercolo d'arresto e la cresta articolare.

Nel quinto tipo il frammento superiore si trova ad una distanza ragguardevole dalla cresta e quindi il tubercolo d'arresto non arriverà a raggiungerlo nemmeno nella più marcata flessione.

Appartengono al quinto tipo anche quei casi, nei quali, pur venendo il tubercolo d'arresto ad urtare contro la cresta articolare, la flessione può egualmente compiersi in tutta la sua ampiezza per l'allungamento elastico del callo.

In questo tipo adunque i movimenti di flessione non saranno punto inceppati.

La notevole lunghezza e l'elasticità del callo influisce però sui movimenti di estensione non permettendo che si compiano con sufficiente energia.

Nei casi di massima lunghezza del callo può darsi anche che l'estensione si compia soltanto per mezzo delle espansioni laterali del quadricipite che sono più brevi mentre il callo rimane inattivo, rilassato in mezzo di esse.

Riassumendo potremo dire che soltanto nel primo e nel terzo tipo di consolidazione si ripristineranno i movimenti fisiologici dell'articolazione.

Per l'atrofia muscolare però che accompagna quasi sempre la formazione d'un callo fibroso di lunghezza discreta e per la possibilità che il callo fibroso si allunghi e quindi possa cambiare un tipo di consolidazione in un altro, noi dobbiamo asserire che una completa restituito ad integrum funzionale si avrà soltanto nel primo tipo, varietà ossea, cioè colla formazione di un callo osseo normale.

Attribuibili alla formazione di un callo difettoso sono pure alcune complieanze che si riscontrano abbastanza di sovente e che noi passeremo in esame.

Esse sono:

1.° L'allungamento del callo.

2.° La distorsione del callo.

3.° La rottura del callo (frattura iterativa) con o senza apertura dell'articolazione.

4.° La frattura dell'altra rotula.

5.° La ulcerazione del callo.

1.° Allungamento del callo (distacco consecutivo).

È segnalato da tutti gli autori, che parlano di frattura di rotula, come una delle complicazioni abituali.

Sotto l'azione dei movimenti dell'arto il callo si distende, se non è tanto robusto da resistere alle trazioni, che gli fanno subire in senso inverso i due frammenti rotulei e le parti muscolari e tendinee che prendono attacco su di esso. L'allungamento può aumentare la distanza fra i frammenti del doppio e del triplo in pochi mesi.

Si avvera con maggior facilità nei primi tempi, in cui l'arto viene liberato dall'apparecchio.

Il Richelot (Società di Chirurgia Francese p. 1.° Aprile 1885) racconta d'aver avuto in cura due fratturati di rotula, i quali, guariti con un callo fibroso brevissimo e molto robusto, (1.° tipo) subirono un allungamento appena cominciarono a camminare. Io stesso ho seguito fino ad oggi un contadino di Buccinasco, certo Galloni Angelo, che, curato coll'apparecchio a cifra otto, era guarito con un callo robustissimo e lungo poco più di un centimetro. L'allungamento, iniziatosi al primo camminare dell'ammalato, è andato sempre aumentando. Presentemente la distanza fra i frammenti è di tre centimetri (Vedere radiografia 7.ª).

L'allungamento del callo non è del resto tanto pericoloso per sè stesso, quanto per le sue conseguenze.

Un callo, guarito in condizioni opportune per un buon ripristino della funzionalità, può per l'allungamento consecutivo modificarsi in un tipo in cui i movimenti sono difettosi.

Inoltre l'allungamento coll'aumentare la debolezza del callo rende più facili inconvenienti più gravi.

2.° Distorsione del callo.

È un fenomeno pure segnalato da tutti gli autori.

Il Chaput indica il 4.° tipo di consolidazione, come quello in cui la storta del callo succede con una certa frequenza.

3.° Frattura iterativa.

S'intende per questa complicazione la rottura del callo formatosi colla guarigione di una frattura anteriore.

È abbastanza frequente.

Hamilton la trovò 27 volte su 127 casi di callo fibroso (21 %) Bull 3 volte sopra 22 casi, (14 %). Si avrebbe così una rottura del callo ogni 5 o 6 ammalati guariti con callo fibroso.

Tale complicazione capita il più di sovente nei primi tre mesi che seguono la soppressione dell'apparecchio.

In qualche caso fu però lamentato anche dopo qualche anno (in due casi ricordati dal Bull si ebbe un intervallo di una diecina d'anni fra la prima frattura e la rottura del callo fibroso).

È quasi sempre causato da una caduta o da un brusco movimento dell'arto.

Il prognostico nella frattura iterativa è molto più grave che nella frattura primitiva, perchè il callo rotto si consolida molto stentatamente.

Seutin cita un caso nel quale fu costretto ad amputare per mancata consolidazione.

Anche una nuova guarigione con callo fibroso non può salvare dal ripetersi della rottura.

Malgaigne cita una donna, il cui callo fibroso si era rotto quattro volte.

Se il callo è aderente alla cute, la rottura può estendersi fino ad essa e determinare l'apertura dell'articolazione. Ne furono segnalati moltissimi esemplari.

Il Berger ne cita parecchi che terminarono coll'amputazione dell'arto o colla morte dell'ammalato.

In un caso segnalato dal Malgaigne la rottura del callo fibroso si era accompagnata ad un'enorme ecchimosi della pelle che finì col mortificarsi verso la quinta giornata.

Questo accidente era sopratutto temuto prima dell' applicazione del metodo antisettico nella cura delle ferite.

Al giorno d'oggi è considerato come meno grave, quantunque l'aprirsi di una articolazione, in seguito ad una frattura, viene a peggiorare di molto il prognostico pei materiali infettivi, che vi possono trovare ricetto.

4.° Frattura dell'altra rotula.

La debolezza abituale dell'arto guarito con un callo fibroso obbliga l'ammalato, sopratutto negli sforzi energici, a portare il peso del corpo sull'altro arto.

Ciò spiega la frequenza relativa di quest'altra complicazione.

Berger ne rapporta numerosi esemplari.

Hamilton nella sua statistica di 127 casi l'ha trovata cinque volte, il che stabilirebbe una proporzione del 4 per cento.

La gravità di questo incidente sta nel pericolo che la guarigione della seconda rotula si faccia ancora con callo fibroso. In tal caso il paziente è quasi impossibilitato alla deambulazione.

5.° Ulcerazione del callo fibroso.

L'ulcerazione del callo può associarsi all' apertura dell'articolazione. Questa è senza dubbio meno protetta da un callo fibroso che da una rotula normale o consolidata con callo osseo.

Una lesione leggera, una graffiatura, un fatto suppurativo qualunque, può iniziare e provocare la distruzione del callo.

Cooper ci racconta di un individuo che era affetto da ulcerazioni d'indole scrofolosa in diverse parti del corpo. Una, fra le altre, situata alla regione anteriore del ginocchio, distrusse il callo fibroso di un'antica frattura di rotula e aprì l'articolazione.

Il Vallette ci racconta un fatto consimile capitato durante il corso di una polmonite acuta.

Nell'ammalato che, per un'antica frattura della rotula, era guarito con formazione di un callo fibroso, si ebbe durante il corso della polmonite un processo infiammatorio secondario, che non solo ulcerò il callo, ma interessò anche la porzione articolare del ginocchio.

A me non è stato possibile, per mancanza d'informazioni sicure, stabilire quante volte queste complicanze si siano presentate fra tutti gli individui raccolti nella mia statistica.

Da quanto abbiamo qui sopra esposto, emerge in modo evidente che il callo fibroso rappresenta una modalità di guarigione molto difettosa, sia sotto il punto di vista della funzionalità dell'arto, sia per il grave pericolo delle complicanze suesposte.

Perchè i movimenti di flessione e di estensione ritornino nel

oro pristino stato, si esigono delle condizioni che raramente si pos-
ono trovare nel callo fibroso.

La debolezza cui è esposto l'arto per l'atrofia muscolare conse-
utiva all'allungamento della rotula, le complicazioni numerose e
ualche volta gravissime cui può andare incontro un individuo gua-
ito con callo fibroso, stabiliscono un'imperfezione ed un pericolo per-
nanente.

Nel confronto risulta tanto più manifesta l'eccellenza del callo
sseo normale.

Soltanto in grazia ad esso si puo avere una restitutio ad inte-
rum completa e duratura; e quindi tutti i nostri sforzi curativi
ebbono mirare a render meno difficile il provocarne la formazione.

Complicazioni delle fratture di rotula.

Nel capitolo sull'anatomia patologica della frattura di rotula mi
occorso di studiare le alterazioni che possono ad essa associarsi,
rò credo conveniente richiamare in brevi parole i cenni principali
lle complicanze che talvolta ci occorre clinicamente di osservare.

1.° Ferite penetranti.

Sono complicazioni meno pericolose di una volta, ma pur sem-
e impressionanti per le forme infettive, che possono susseguire an-
e in grembo all'articolazione.

2.° Le escoriazioni, le ferite dei tessuti superficiali.

Erano assai temute prima dell'êra antisettica, come punto di
rtenza di forme flemmonose.

Le soluzioni di continuo possono essere primitive o secondarie
a caduta di un'escara causata dalla violenza del trauma.

3.° L'ecchimosi e la raccolta endo-articolare quando sono rile-
nti possono rappresentare per sè stesse una complicazione del-
ffezione.

4.° Anche l'artrite che accompagna quasi sempre il traumatismo
l consecutivo emartro può raggiungere in qualche caso una tale
ensità da diventare una complicazione per le alterazioni patolo-
he, che possono residuare nell'articolazione del ginocchio (rigidità
icolari, aderenze ossee).

Un idrarto permanente può esserne una delle conseguenze.

5.° Ricorderemo l'edema di tutto l'arto segnalato dal Morel-La-
lée.

6.° Le fratture di rotula, quando sono causate da proiettili d'arma
fuoco, oltre che a complicazioni da parte dei tessuti molli, pos-
o associarsi abbastanza di sovente a fratture dei capi articolari
femore e della tibia.

Tali lesioni possono però accompagnarsi ad altre modalità di
ttura di rotula (specialmente alle dirette) come l'hanno segnalato
esperimenti del Chaput.

Prognosi.

Quo ad vitam. Le fratture semplici, salvo eccezioni (caso di Petit) non sono pericolose per la vita. Anche le fratture complicate, come abbiamo visto, non presentano più al giorno d'oggi quel pericolo, che presentavano una volta e pel quale erano giustamente temute.

Quo ad usum partis. Abbiamo visto che un ripristino duraturo della funzionalità normale del ginocchio è soltanto garantito da un callo osseo senza aumento nella lunghezza della rotula.

Il callo fibroso, mentre stabilisce una funzionalità quasi sempre difettosa, può essere accompagnato da gravi inconvenienti.

Ora, quando si pensa che nella cura coi mezzi incruenti il callo fibroso rappresenta la regola di guarigione, mentre il callo osseo ne rappresenta l'eccezione, si potrà facilmente comprendere come le conseguenze dal lato funzionale sono, con tali metodi di cura, quasi sempre molto gravi.

Attualmente però che colla scorta d'un'antisepsi rigorosa noi possiamo impunemente aprire anche l'articolazione del ginocchio, una cura novella, la sutura dei frammenti, è venuta a rendere meno grave il prognostico in riguardo alla lesa funzione favorendo la guarigione con callo osseo normale.

Cura.

La frattura della rotula, lesione grave per le alterazioni funzionali, che ne possono derivare, ha messo alla prova da lungo tempo la sagacia del chirurgo. Donde la molteplicità dei metodi adottati che, se hanno potuto dare risultati più o meno soddisfacenti, tutti però hanno dato luogo ad insuccessi, e tutti, o quasi, si sono dimostrati a volta a volta insufficienti. Da ciò l'imbarazzo nella scelta del chirurgo prudente ed il bisogno continuo da parte sua di escogitare nuovi mezzi curativi.

Voler descrivere singolarmente ciascuno dei metodi che furono messi in uso, equivarrebbe ad assumersi un lavoro sconfinato e senza valore dal punto di vista dell'utilità pratica: inoltre il còmpito sarebbe ben arduo, giacchè nessuna affezione chirurgica non ha forse mai dato luogo ad un numero così grande di processi terapeutici.

Berger all'articolo « Rotula » del Dizionario enciclopedico di scienze mediche, scrive: « Poche affezioni esistono, la cura delle quali sia così ingombra di un numero stragrande di apparecchi, di macchine e dei più svariati mezzi terapeutici ».

Per conto nostro soggiungiamo col Ricard che in terapeutica chirurgica molteplicità non è ricchezza ed anzi fa testimonio troppo sovente della inefficacia o della insufficienza dei metodi impiegati.

Giudichiamo quindi che sia cosa preferibile e più utile dare una rapida esposizione succinta e chiara dei metodi che furono messi in uso, per fermarci più a lungo su quelli dei quali non sono dubbii i benefici effetti.

Tralascerò di proposito la descrizione degli apparati più complessi, di difficile applicazione e che non compensano questi inconvenienti colla bontà dei loro risultati.

Nella scelta di un metodo curativo per la frattura di rotula, il chirurgo dovrà preoccuparsi non solo di portare a mutuo contatto i frammenti e di impedirne lo spostamento angolare, ma ancora di vincere il versamento sanguigno e la reazione locale; dovrà aver riguardo ai muscoli che tenuti lungo tempo in riposo, cadranno in atrofia, e pensare che, mantenendo a lungo immobile un'articolazione, questa va incontro facilmente alla rigidità ed all'anchilosi.

Volendo riassumere in brevi corollarî i criterî, ai quali deve informarsi la terapia delle fratture rotulee, diremo che è necessario dirigere gli sforzi;

1.° A combattere il versamento e l'artrite.

2.° Ad allontanare le parti molli interposte alle superfici di frattura.

3.° Ad avvicinare i frammenti, togliendo in pari tempo l'eventuale arrovesciamento di essi.

4.° A mantenere i frammenti a contatto.

5.° A vincere l'atrofia del quadricipite e l'impotenza funzionale.

Questi cinque postulati riassumono quanto è necessario in un ben condotto trattamento delle fratture della rotula, essendo dimostrato che, qualora si possano soddisfare, la guarigione è sicura e completa. Alla stregua di essi noi passeremo in rivista i metodi antichi e moderni di cura e basandoci su di essi e sui risultati pubblicati ne trarremo i criteri di giudizio.

Gli antichi autori, impressionati sopratutto dal divaricarsi dei frammenti che attribuivano unicamente all'azione del quadricipite, tentarono dapprima di mettere il muscolo in condizioni di riposo assoluto in modo da favorire lo spontaneo avvicinarsi dei frammenti, ma se per queste semplici condizioni si può diminuire di alcun poco il distacco, non si può però farlo scomparire totalmente; si pensò quindi ad agire immediatamente sui frammenti, donde una serie di apparecchi che noi raggrupperemo secondo il loro modo di agire riferendoli a tipi principali; apparecchi cioè:

1.° A pressione circolare.

2.° A pressione parallela.

3.° A pressione concentrica.

4.° Agenti unicamente sul frammento superiore.

Ma non potendosi neppure con tali mezzi ottenere una perfetta

fissazione dei frammenti per il facile spostarsi dell'apparecchio, seguendo esso la mobilità dei tessuti molli sui piani sottostanti, ne derivò che i sistemi curativi di tal genere apparvero difettosi ed insufficienti.

Spetta a Malgaigne il merito di aver pensato pel primo ad agire direttamente sui frammenti costruendo l'apparecchio, che porta il suo nome.

Per verità pochi adottarono tale mezzo di contenzione, che si avvicina più ad un congegno di tortura che ad un apparecchio chirurgico; ma l'idea direttiva del suo metodo aprì un nuovo orizzonte alla cura delle fratture di rotula preconizzando l'immobilizzazione diretta, donde derivarono poi i più recenti metodi della sutura ossea.

Altri chirurghi si preoccuparono più dei fatti concomitanti che dell'entità patologica rappresentata dalla frattura rotulea; e così troviamo alcuni che presero specialmente di mira i pericoli rappresentati dai versamenti endo-articolari, e dalla conseguente artrite; ed altri ancora che impressionati dalla frequente rigidità articolare e dalle alterazioni funzionali, che susseguono all'applicazione protratta anche dei più moderni e perfezionati apparecchi, pensarono di agire subito sulle masse muscolari col massaggio, coll'elettricità, e di mobilizzare per tempo la giuntura.

Noi senza tener conto dell'ordine cronologico degli apparecchi verremo a parlare prima di tutto degli apparecchi proposti come curativi, ma che si debbono ritenere come deficienti e di secondaria importanza; cosicchè, una volta intrapresa la descrizione dei metodi che hanno per mira speciale l'affrontamento delle porzioni fratturate, potremo ancora meglio seguire la lenta evoluzione ed il perfezionarsi di essi dai tempi più antichi a quelli recentissimi, e vedere come in essi poco a poco siano stati raggruppati e compendiati i vantaggi offerti da tutti gli altri mezzi già noti, dimodochè oggi tali metodi rappresentano un sistema di cura razionale e completo per tutti i casi di frattura rotulea.

Descriveremo adunque i metodi curativi col seguente ordine:

1.° Metodi diretti contro il versamento articolare e l'artrite.

2.° Metodi diretti contro l'anchilosi, la rigidità, l'atrofia.

3.° Metodi di ravvicinamento dei frammenti.

a) Posizione;

b) Immobilizzazione indiretta.

c) Immobilizzazione diretta.

1.° Metodi diretti contro il versamento articolare e l'artrite.

Il versamento articolare, sia esso prodotto solamente dall'emorragia dovuta alla lacerazione dei tessuti, sia causato anche dall'artrite che può seguire al traumatismo, quando è rilevante, non solo

contribuisce a mantenere il distacco fra i frammenti, ma ne ostacola anche l'avvicinamento artificiale.

È quindi naturale che contro di esso i chirurghi abbiano rivolto i loro sforzi.

« Bisogna, scrive il Gosselin, che la tumefazione sia scomparsa prima di pensare ad agire sui frammenti ».

A scopo risolutivo il Flajani di Roma (1786) e lo stesso Gosselin si valevano dei cataplasmi di acqua vegeto-minerale applicati sul ginocchio leso.

Al giorno d'oggi il cataplasma è generalmente sostituito da compresse caldo-umide di soluzione borica o di sublimato corrosivo. I Vescicatori impiegati dal Guyon e suggeriti anche dal Tillaux caddero giustamente in disuso, poichè la loro applicazione equivale ad aprire un atrio d'infezione in vicinanza di un cavo articolare già ammalato e dove esiste un versamento sanguigno; può essere quindi causa di gravi complicanze per la penetrazione di elementi settici.

A combattere il versamento articolare fu messo in uso ed è adoperato tuttora anche il bendaggio compressivo. La fasciatura viene eseguita colle bende di flanella, col cerotto adesivo, colla benda elastica (Reclus, Le Dentu), ecc.

Il Volkmann fu il primo a proporre ed a mettere in uso lo svuotamento del liquido contenuto nell'articolazione mediante la puntura evacuatrice.

Questo metodo, che coadiuvato dalle risorse antisettiche può rappresentare un progresso, non può raggiungere lo scopo desiderato, perchè il sangue raccolto nella cavità articolare si coagula in poco tempo e quindi non può uscire attraverso ad una cannula.

Nè ad ovviare a questo inconveniente vale l'aspirazione coll'apparecchio del Potain, nè la proposta di Schede di lavare la cavità articolare per mezzo di un grosso trequarti con una soluzione fenica al 3 %, finchè il liquido ne esca limpido.

Del resto questi mezzi non possono da soli riuscire veri metodi curativi anche se raggiungono lo scopo di eliminare la raccolta liquida. Si debbono piuttosto ritenere come buoni coefficienti; ed è perciò che noi li associamo agli altri mezzi cui si ricorre qualora si abbia a curare la frattura di rotula.

2.° Metodi diretti contro l'anchilosi la rigidità e l'atrofia.

Verso la metà del secolo scorso alcuni chirurghi, impensieriti dal frequente avverarsi di rigidità articolari, di anchilosi e di atrofie muscolari postume alla frattura, pensarono di dirigere specialmente i loro sforzi contro questi inconvenienti, senza punto preoccuparsi della riunione ossea dei frammenti giudicata per l'esperienza altrui od impossibile, o almeno molto problematica.

Propugnarono tale sistema di cura allora chiamato: « nuovo metodo » Warner in Inghilterra, Camper in Olanda e Flaiani in Italia. Questi valenti chirurghi mettevano l' arto in riposo per 7 od 8 giorni, fino cioè alla riduzione dell'emartro, applicando all'occorrenza la fasciatura compressiva (Warner e Camper) o fomenti caldo-umidi (Flaiani) a scopo risolutivo; indi cominciavano a flettere ed estendere il ginocchio con tutta precauzione e ripetevano giornalmente tale manualità fino alla guarigione che giudicavano completa dopo sei settimane.

Questo metodo della pronta mobilizzazione ha trovato dei seguaci anche in tempi recentissimi in Tilanus, Tripier, Novaro, Rafin, Socin, Wagner, Metzger, Angerer, Ruland, Brun, Klemm, Soutier, Biondi ed altri. Questi autori, applicando i vantaggi della meccano-terapia moderna (massaggio, movimenti passivi, elettricità) nella cura della frattura di rotula, mirano più che ad altro ad impedire l'atrofia del quadricipite e la rigidità articolare. Noi descriveremo per sommi capi il metodo di Tilanus, che di questo sistema curativo può essere considerato come il tipo.

L'ammalato è messo a letto coll'arto in posizione estesa ed elevata; il primo giorno vengono applicate compresse fredde; il giorno dopo si comincia il massaggio strisciando colla mano in direzione centripeta (effleurage), mentre un assistente tiene ravvicinati i frammenti; questa operazione viene ripetuta 1-2 volte nelle 24 ore; negli intervalli vien messa una fasciatura elastica che combatte il versamento articolare; presto si cominciano a far eseguire movimenti articolari attivi e passivi.

Dopo 8 giorni di tale cura, a detta dei sostenitori, il paziente può lasciare il letto, dopo 14 giorni comincia a camminare e dopo 40 giorni sarebbe guarito.

Ma la guarigione, che i propugnatori del metodo dicono perfetta, avviene quasi sempre per la formazione di un callo fibroso, e noi sappiamo per averne già parlato a lungo, quanti inconvenienti possa presentare una guarigione avvenuta in tal modo.

Alcuni autori (Solingen, Bromfeild, Bell, Ravaton) avevano cercato di conciliare l' azione degli apparecchi contentivi, che mirano alla formazione di un callo resistente, coi metodi della mobilizzazione precoce.

Perciò l'articolazione era lasciata nell' apparecchio soltanto per due, tre settimane e subito dopo venivano iniziati il massaggio ed i movimenti passivi.

Tali metodi, se rispondevano in qualche caso rarissimo di consolidazione ossea, nulla giovavano quando la guarigione avveniva per callo fibroso, perchè, come si sa, un callo fibroso dopo un tal periodo di tempo non può ancora resistere all' azione traente spiegata su di esso durante i movimenti.

Noi vedremo più avanti come la sutura dei frammenti, previa artrectomia, possa godere dei vantaggi di una pronta mobilizzazione, come pure usufruire dei beneficì di una subita evacuazione della raccolta endo-articolare.

Vedremo cioè, come coll'apertura ampia del ginocchio sia possibile svuotare il sangue ed i coaguli raccolti in grembo ai tessuti e nel sacco sinoviale; e col procurare costantemente la formazione di un callo osseo normale, che è già solido e resistente dopo due o tre settimane, sia possibile muovere per tempo la giuntura e combattere così con vantaggio l'atrofia muscolare e la rigidità articolare.

3.° Metodi destinati ad assicurare la riduzione dei frammenti.

Appartengono a questo gruppo i metodi che si valgono della posizione, della immobilizzazione indiretta e della immobilizzazione diretta.

La semplice estensione permanente della gamba, ottenuta per mezzo di ferule, fanoni, semicanali, fu impiegata ai tempi di Paolo d'Egina e d'Ambrogio Pareo; più tardi J. L. Petit pel primo pensò di ottenere il rilasciamento del quadricipite mediante la flessione della coscia sul bacino elevando il calcagno; e quindi Sheldon e Cooper aumentavano questo effetto tenendo l'ammalato assiso col tronco inclinato in avanti. Questo metodo però male tollerato dagli ammalati, come era naturale fu presto abbandonato.

Sabatier avendo notato che l'estensione totale suole determinare un dolore insopportabile al polpaccio, consigliava di flettere leggermente la gamba sulla coscia, aumentando però la flessione di questa sul bacino per non ostacolare il rilasciamento del retto anteriore. Senza dubbio la posizione è più facile da sopportarsi, ma l'azione sui frammenti che ci si può ripromettere da essa, è nulla.

Oggi s'impiega generalmente la flessione della coscia unita all'estensione della gamba. L'arto vien mantenuto su di un piano inclinato.

Questi mezzi curativi però sono insufficienti se soli; essi non agiscono che debolmente contro la divaricazione e ben a proposito parlando di essi il Malgaigne scriveva: « Les appareils ont donc besoin d'être aidés par la position, mais la position a tout autant besoin d'être aidée par les appareils ».

E gli apparecchi si moltiplicarono al punto che Berger ne passa in rassegna ben 95.

Con essi si ricerca la immobilizzazione indiretta dei frammenti agendo su questi attraverso le parti molli, o la diretta prendendo punto di appoggio direttamente sulle ossa.

Raggruppandoli sotto tipi principali a seconda del loro modo di azione, noi distingueremo con Malgaigne quattro gruppi:

1.° A pressione circolare.
2.° A pressione parallela.
3.° A pressione concentrica.
4.° Agente unicamente sul frammento superiore.

Gli apparecchi a pressione circolare hanno per iscopo di abbracciare più o meno esattamente il contorno rotuleo.

La prima idea della pressione circolare devesi ad Albucasis che ricopriva la rotula con una assicella perforata al centro, la quale era poi assicurata con un bendaggio; questo apparecchio fu in seguito usato da Guy de Chauliac, y de Vigo, da Bassuel e secondo il Malgaigne era ancora in uso all'Hôtel Dieu di Parigi nella seconda metà del 18.° secolo.

Purmann si valeva di un anello di fili di ferro ritorti e muniti di doppio inviluppo di cuoio. Meibon costruiva sul modello della rotula sana un piccolo cappuccio in legno od in sughero che imbottito di cotone all'interno, doveva appoggiare per un largo margine sulle parti vicine; qualche volta lo strumento veniva diviso in due parti uguali per facilitarne l'applicazione.

Questo genere di apparecchi è oggi completamente abbandonato, mancando di mezzi di esatta applicazione e non offrendo vantaggi.

Molto più numerosi sono gli *apparecchi a pressione parallela.*

Tipo principale di questi è il vecchio apparecchio di Muschenbrock descritto dal Solingen, modificato da Arnaud, sul quale si sono poi modellati gli altri apparecchi di simile genere.

Consiste in un semicanale di latta, che viene applicato sotto il polpaccio, e che è munito ai suoi margini di fori a madrevite, e di due larghe placche concave fornite pur esse di altri fori ai loro margini.

Queste placche venivano applicate l'una superiormente, l'altra inferiormente rispetto alla rotula, avvicinavamo i frammenti ed erano alla loro volta fermate per mezzo di viti ai fori del semicanale.

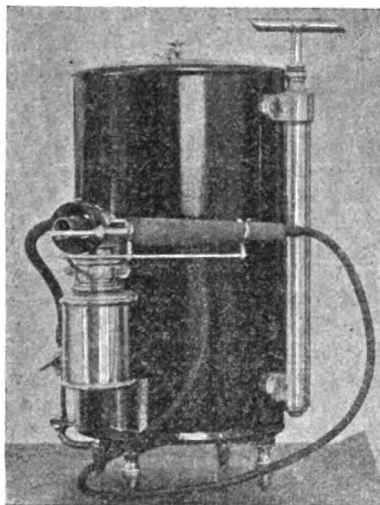
Trélat modellava sulla rotula due pezzi di guttaperca rammollita nell'acqua bollente, ed indurita poi mediante compresse fredde. Esse lamine di gomma adattate sulla rotula venivano fissate ed avvicinate fortemente mediante le griffe di Malgaigne. Per la loro applicazione si aveva un ravvicinamento anche dei frammenti rotulei ai margini dei quali le placche corrispondevano.

(*Continua*).

L'argomento del giorno

Il Prof. Giuseppe Orio di Padova ha voluto evitare un inconveniente che ha quell'elegante e comodo strumento che è il termo-cauterio del Paquelin, e cioè la necessità di un assistente che spinge l'aria carica dei vapori di benzina nel coltello. Ha ideato un' **apparecchio pneumatico pel termo cauterio** stesso, e che ha descritto nel N.° 57 della *Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche.*

« È un apparecchio destinato a sostituire la doppia pera di gomma del comune termo-cauterio di Paquelin, e a rendere in certo modo automatico questo strumento.

La doppia pera di gomma è un appendice dell'apparecchio di Paquelin, che

gode generalmente poca simpatia, sia perchè facile a guastarsi, sia perchè richiede l'opera di una seconda persona nel maneggio dello strumento. Ed è per questo che più volte s' è cercato di sostituirla in qualche altro modo. Si cercò così di sostituirvi un *quid simile*, ma che si poteva mettere in azione col piede; si cercò di sostituirla con un pallone di gomma, che, riempito d'aria, venisse schiacciato sotto il braccio, mezzi per verità nè pratici nè estetici. Si è pure costruito l'afiso-cauterio di Dechery, dove è addirittura sopressa la pompa ad aria.

Pel mio apparecchio in primo luogo ho fatto costruire un termo-cauterio a serbatoio unico, simile a quelli che oggi si hanno in commercio, per mite prezzo, e che servono pei lavori cosidetti di encaustico sul cuoio, o sul legno. È un semplice serbatoio a benzina, il quale, grazie a speciale congegno di tempo, serve sia per riscaldare la punta di platino, sia per mantenerla poi incandescente.

Questo serbatoio a benzina è saldato sull'apparecchio pneumatico ed ha una piccola appendice a forcella su cui riposa il manico della punta di platino, in modo che quest'ultima arriva di fronte alla fiammella che lo rende incandescente.

L'apparecchio pneumatico consta di un serbatoio d'aria metallico, di forma cilindrica, della capacità di circa due litri, cui è applicata una pompa simile a quelle da bicicletta.

L'aria in questo serbatoio viene cacciata e compressa, mediante questa pompa.

Un sottile cannello metallico, chiuso con una chiavetta, mette in comunicazione il serbatoio d'aria col serbatoio di benzina. Cento colpi di pompa, che si fanno senza alcuna fatica in meno di un minuto, permettono al termo-cauterio di funzionare per oltre due minuti, tempo più che sufficiente per qualunque operazione.

Per fare funzionare l'apparecchio, si carica dapprima, mediante la pompa, il serbatoio d'aria; poi si apre il serbatoio di benzina al punto segnato « lampada » indi si apre adagio adagio la chiavetta che mette in comunicazione i due serbatoi, e si accende la lampada.

Quando la punta di platino comincia a rendersi incandescente, basta girare il tappo del serbatoio di benzina al punto segnato « incandescenza », e l'apparecchio seguita a funzionare da sè per tutto il tempo desiderabile ».

*
* *

Cornil e Coudray hanno fatto delle ricerche per studiare *l'azione del jodoformio sui tessuti normali* (*Semaine Medicale*), iniettando dell'olio al jodoformio nella proporzione di 1 a 12 nel peritoneo e nell'articolazione del ginocchio de cane e nel tessuto cellulare sottoperitoneale del coniglio ed introducendo della polvere di jodoformio nel tessutó cellulare sottocutaneo della cavia. Dopo ventiquattro ore, sacrificato un cane al quale si era fatta una iniezione nel peritoneo si trovò all'esame microscopico dei foglietti epiploici distruzione di una grande quantità di cellule endoteliali di cui non si trovava traccia, sparizione di tutte le cuticole cellulari e diapedesi poco marcata.

Un secondo cane è stato ucciso dopo tre giorni e si è constatata una peritonite assai evidente senza che vi fosse del liquido nella cavità peritoneale. Una parte del grande epiploon era retratta verso il colon trasverso e formava un nodo irregolare: in questo punto le lamine epiploiche erano spiegazzate e vi era tra esse un po' di fibrina che le rendeva aderenti. Inoltre una parte della membrana epiploica era saldata alla vescica assai distesa. I preparati del gran epiploon non mostravano più cuticole cellulari e hanno i segni evidenti di lesioni infiammatorie specialmente nel punto in cui l'epiploon si era raggomitolato e in corrispondenza della sua aderenza colla vescica, ove si aveva una vera infiammazione adesiva. Un terzo cane fu sacrificato sei giorni dopo un'injezione peritoneale dello stesso liquido. La superficie del peritoneo non rivelava ad occhio nudo nulla d'importante; all'esame microscopico apparivano nettamente le cuticole e si vedevano i segni di una infiammazione anteriore quasi terminata con riparazione dell'endotelio.

Fu iniettato ancora dell'olio al jodoformio nella sinoviale del ginocchio di cani che vennero uccisi 24 ore, 3 e 6 giorni dopo l'injezione. Dopo 24 ore la lesione della sinoviale consiste nella caduta delle cellule endoteliali superficiali ed in una infiltrazione nel tessuto connettivo di una grande quantità di leucociti polinucleati. Tre giorni dopo l'injezione si nota che l'infiammazione della sierosa articolare si continua con l'ipertrofia e la neoformazione delle cellule fisse appartenenti alla superficie della sierosa e al tessuto connettivo insieme alla scomparsa dei leucociti. Questi fatti sono ancora più spiccati dopo 6 giorni. La moltiplicazione delle cellule ed il rinforzo della loro attività nutritiva che persistono anche dopo otto giorni dopo l'injezione, fanno del jodoformio un eccellente agente d'infiammazione sostitutiva.

Fu fatta ancora un'injezione nel tessuto connettivo sotto-peritoneale di un coniglio che venne ucciso 7 giorni dopo l'operazione. Il punto di peritoneo corrispondente al luogo dell'injezione mostrò infiltrazione di leucociti e ispessimento del tessuto connettivo del peritoneo: il rivestimento endoteliale era ugualmente infiammato ed ispessito e si notava ancora ipertrofia e moltiplicazione delle cel[illegible]ndoteliali dei vasi linfatici. Si tratta insomma in questi casi di una infiam[illegible] analoga a tutte quelle che si possono produrre con un traumatismo o [illegible]gente irritante asettico.

L'azione del jodoformio sui tessuti è tanto più importante a conoscersi, inquantochè per sè stesso non è che un mediocre bactericida come si sa da numerose esperienze. L'azione favorevole che esso dimostra quando sia iniettato negli ascessi tubercolari viene considerata come un effetto della sua decomposizione. In tal modo sarebbe messo in libertà del jodio allo stato nascente, il quale avrebbe un'azione sopra i microrganismi e le ptomaine rendendone attenuata la virulenza. Ciò si può applicare non solo al pus tubercolare ma alla suppurazione in genere.

Sugli agenti microbici lo jodoformio non ha un'azione molto rapida: alcuni poi come Bruns e Nauwerck credono che il primo fenomeno che si produce dopo l'injezione del jodoformio sia la morte dei bacilli, secondo altri come Troje, Taugl, Stubenrauch la morte dei bacilli sarebbe secondaria e consecutiva alle modificazioni sopravvenute nei tessuti. Infatti è evidente che la neoformazione cellulare con tendenza alla sclerosi costituisce un terreno sfavorevole all'accrescimento dei microrganismi, senza contare il potere di fagocitosi dei leucociti specialmente polinucleati che si sono riscontrati nelle sopracitate esperienze.

In quanto alle sostanze che servono di veicolo al jodoformio pare che si tratti di cosa senza importanza: merita però di nominare il metodo di Lannelongue il quale adopera la formola seguente. Jodoformio, etere ana grm. 10, Creosoto grm. 2, olio sterilizzato grm. 90.

Relativamente ai tragitti fistolosi si è utilizzato lo jodoformio, dacchè esso è stato applicato alla tubercolosi chirurgica, sia sotto forma di bastoncini, sia sotto forma di diverse iniezioni Bisogna però riconoscere che nella pratica si provano delle reali difficoltà per introdurre lo jodoformio nei sini fistolosi. Le iniezioni di polveri non si possono applicare che alle fistole corte e ben aperte, le iniezioni di glicerina, d'olio e d'etere al jodoformio non lo lasciano depositare che dopo un tempo considerevole e male servono nei sini lunghi e tortuosi.

Così Coudray ha proposto di sospendere lo jodoformio nel cloruro d'etile, il quale uscendo allo stato gasoso da uno speciale apparecchio deposita sopra tutte le anfrattuosità dei sini un leggero ed uniforme strato di polvere sottilissima di jodoformio.

*
* *

Il problema delle *cause di guarigione della peritonite tubercolare in seguito alla laparotomia* è sempre di un'importanza capitale. Lo dimostra anche uno studio del Dott. Giuseppe Ingianni, pubblicato nel N. 3 della *Clinica Medica Italiana*, il quale riferendosi fra le altre ad una mia sola pubblicazione, la prima, e non alle successive, e naturalmente trovandoci delle lacune, viene però alle mie stesse conclusioni. Infatti io ho scritto che alla laparotomia faccio seguire il lavaggio con una soluzione di timolo che contiene il dieci per cento di alcool, perchè confido in questo nel produrre una peritonite asettica, la quale è capace di ridare al peritoneo le proprietà che ha perdute, e mettere in condizioni tali il peritoneo stesso che i bacilli della tubercolosi non possono più attecchirvi —: intanto i tubercoli già esistenti rimangono incassulati e subiscono regressione e trasformazione fibrosa. L'Ingianni solo quest'ultima conclusione mi fa dire, e dimentica le altre. Ed a me interessa moltissimo questo, perchè se non erro, ho battuto in breccia pel primo sostenendo questi principii, i quali oggi trovano appoggio valido anche negli esperimenti dell'Ingianni, il quale emette queste conclusioni: 1.° Per effetto delle iniezioni endoperitoneali di alcool rettificato si induce nella sierosa uno stato irritativo asettico che ostacola la recettività per la tubercolosi 2. In conseguenza di questa irritazione si provoca un attivo processo di fagocitosi, che incorpora i bacilli e li distrugge, mentre che poi l'essudazione liquida che si stabilisce non ha per sè stessa gran parte nella distruzione dei germi specifici; 3.° I tubercoli che qualche volta si fissano nella sierosa peritoneale, con l'inoculazione dei bacilli, nonostante la irritazione prodotta dalle iniezioni di alcool, si possono interpretare come prodotti delle proteine dei

bacilli morti. I tubercoli, infatti, si presentano piccolissimi, anche in un periodo molto inoltrato non hanno nessuna tendenza ad ingrossarsi, mancano in essi bacilli e si presentano costituiti come i tubercoli fibrosi o di guarigione, e rinoculati negli animali non ripetono la tubercolosi.

*
* *

Nel mese decorso accennai alla quistione dell'assorbimento dell'iodio: oggi trovo un'importante lavoro sull'*eliminazione dell'iodio dall'organismo*, eseguito nella Clinica del Prof. Maragliano dal Dott. Eugenio Terrile (*La Clinica Medica Italiana* N. 3 1900). Come si vede sono due argomenti che si connettono l'un con l'altro. I processi a base di acido nitrico con aggiunta o dell'amido o del cloroformio sono i migliori perchè i più sensibili. L'importante è la ricerca dell'iodio libero in certi parenchimi, e per questo il Terrile dice: « si rendeva a fina poltiglia il parenchima nel quale sospettavasi presenza di iodio, si faceva poi essiccare a bagno maria od in stufa, si bruciavano poi i residui sino a completa carbonizzazione e stemperati questi in acqua stillata, alla quale era aggiunta una o due gocce di Acido Cloridrico, si agiva sul filtrato usando le comuni reazioni dell'iodio. Diciamo carbonizzazione e non annerimento completo perchè in qualche caso, nel sangue ad esempio contenente iodio ed essicato, abbiamo visto positive le reazioni dell'iodio, se ciò si arrestava alla carbonizzazione, negativa ove si spingeva la esperienza ad un inoltrato incenerimento.

Ora da una serie di ricerche cliniche e sperimentali il Terrile trae queste conclusioni importantissime: 1.° L'iodio introdotto per la via gastrica o per via ipodermica persiste nell'urina per diversi giorni (8–10–20) e già dal 2.° giorno non può più trovarsi nel sangue. 2.° L'iodio così introdotto nell'organismo può trovarsi dopo un certo tempo nei testicoli (8 giorni) e trovasi sempre, ricercato coi metodi ordinari, nella glandola tiroide anche dopo venti giorni. 3.° L'iodio ricercato a diverse distanze che variano di cinque a venti giorni in visceri diversi come il fegato, la milza, il cervello, i muscoli, i polmoni, le ovaie, i gangli linfatici, la glandola pituitaria, in un feto quasi a termine di un coniglio iniettato con iodio, non venne mai rinvenuto in nessuno di essi; 4.° Che per quanto l'iodio venga eliminato per le urine, pure esso dopo cinque giorni dalla sua introduzione nell'organismo non trovasi più presente nei reni.

Le ricerche avvenire, mi pare debbano appunto consistere nel mettere in rapporto fra di loro questi due fatti assorbimento per le varie vie, sua modalità e quantità, e consecutiva eliminazione sempre in rapporto a modalità e quantità.

*
* *

Importanti queste due comunicazioni sulla chirurgia del cuore.

CHARLES EISBERZ — **Cura delle ferite del cuore con la sutura** (*The journal of sperimental medicine*. N. 5 e 6–1900). Da queste esperienze sulla sutura ed il modo di riparazione delle ferite del cuore l'autore conclude che la sutura è un'operazione degna di considerazione e che può essere impiegata con utilità in taluni casi. Durante la sutura del cuore nell'uomo e negli animali non vi è pericolo nel vedere sopraggiungere l'arresto istantaneo del cuore, a meno che non sia stato ferito il centro di coordinazione di Kronecker. La sutura dev'essere a punti staccati con seta. L'ago non penetrerà, per quanto è possibile, nell'epicardio, e gli strati superficiali del miocardo nel momento della diastole.

STERN — **Intervento per ferite del cuore da arme da fuoco** (*Münchener medicinische Wochenschrift* N. 13-1900). Il processo di Rotter consiste nel tagliare a sinistra dello sterno un lembo comprendente le coste i muscoli e la pelle, e a rovesciare questo lembo a destra incidendo le coste all'altezza delle loro intersezioni Sternali. Questo processo, che l'Hoster aveva studiato sui cadaveri, è stato applicato dallo Stern sui vivi nel caso seguente.

Si tratta di un giovane di vent'anni che fu trasportato all'ospedale due ore dopo essersi tirato una rivolverata nella regione precordiale. Il ferito si trovava in uno stato di agitazione violenta, la respirazione era difficile, le labbra cianotiche, le estremità fredde. A 1 centimetro dal limite destro dello sterno, nel quinto spazio intercostale destro, si trovava una piaga dalla quale esciva del sangue. L'esame ha permesso di constatare l'esistenza di un tumore, sordo in tutta la regione precordiale, e si sentiva nettamente la sensazione come se il il cuore si movesse in un liquido contenente dell'aria. Il tumore sincrono ai movimenti del cuore si sentiva a 50 centimetri dal malato. Il polso, appena percettibile, intermittente, era di 120. Nulla dalla parte dei polmoni. La deglutizione provocava un dolore violento all'altezza della regione epigastrica.

Il diagnostico di ferita penetrante nel cuore s'imponeva, e, due ore più tardi, quando, malgrado gli eccitanti, lo stato sembrò aggravarsi, si decise ad intervenire.

Il lembo di Rotter una volta tagliato e ripiegato, e il polmone sinistro (la cui pleura aperta era stata tomponata) spostato, si scorse il pericardio, che fu inciso fra due pinze sollevando questa membrana.

Uscì un flotto di sangue spumoso, e l'esame della faccia anteriore del cuore diventato difficilissimo per l'emorragia, permise di constatare che la parete esteriore del ventricolo era intatta Il percorso del canale formato dalla palla, facendo supporre che il proiettile avesse potuto toccare la parete posteriore del cuore, si provò a sollevarlo un poco, ma, in tal momento il malato si agitò, il cuore fece quasi ernia attraverso all'incisione del pericardio e la respirazione sembrò volersi arrestare; si contentò dunque di far scorrere una fascia di garza dietro il cuore e chiudere la ferita del torace con qualche punto di sutura. Il paziente morì due ore dopo. Alla necroscopia si trovò che il proiettile aveva perforata l'orecchietta destra, traversato il pericardio ed era venuto a piantarsi nella base del polmone quasi sotto la pleura viscerale. Per Stern il processo di Rotter è comodo perchè rapido, dà luogo a emorragia minima e pone allo scoperto la faccia anteriore del cuore, in modo che la sutura non presenterebbe alcuna difficoltà. Non è meno certo però che con questo processo è impossibile di raggiungere le ferite della faccia posteriore del cuore e della faccia anteriore delle orecchiette.

*
* *

Il processo Bassini per la cura radicale dell'ernia inguinale è ormai quello che è accolto dai Chirurghi come il migliore. Sono state portate delle modificazioni al metodo stesso, ma sempre rimane nei suoi principî fondamentali. Ve ne ha portate di recente il Dott. Fournel e descritte nel suo libro sulla *cura radicale operatoria dell'ernia inguinale* (Maloine. Paris. 1900. Ecco in che consiste: 1° tempo. Incisione della pelle come nel processo Bassini 2.° tempo. Incisione della parete anteriore del canale inguinale. Invece d'incidere la parete anteriore del canale inguinale nel suo mezzo e formando due lembi uguali Fournel si propone a) di mettere ad uno stesso livello, di fare apparire su di un medesimo piano, senza che alcuno dei muscoli sorpassi l'altro, tutti i muscoli che compongono lo spessore della parete addominale, b) di formare, per essere rabbattuto più tardi, un solo lembo anzichè due. Il primo di questi obiettivi permetteva di comprendere facilmente con l'ago tutto lo spessore della parete al momento delle suture profonde: il secondo obiettivo darà un lembo abbastanza ampio per potere constituire da solo la parete anteriore del nuovo canale inguinale, tutto ciò è realizzato coll'incisione laterale e curva che è fatta sia col bistory, sia più facilmente con le forbici rette e curve a spese del pilastro interno dell'anello inguinale sotto-cutaneo. 3.° tempo. Trattamento del sacco e dell'epiploon. Secondo il consueto. 4.° tempo. Suture profonde. Il chirurgo comprenderà sul suo ago non solo i muscoli al modo del Bassini, ma ancora la sezione dell'apo-

nevrosi del grande obliquo. Per cui grande obliquo. piccolo obliquo e trasverso sono suturati all'arcata del Falloppio. Il cordone spermatico che era stato spostato, in alto e in fuori della ferita allo scopo di permettere le suture si trova allora in avanti di una doccia sulla quale si appoggia prima di continuare l'operazione. Da ciò mentre il Bassini riserba tutta l'aponevrosi del grande obliquo per formare ulteriormente una parete anteriore in corrispondenza del canale inguinale, il processo di Fournel comprende questa aponeurosi nella parete posteriore del canale, e da ciò solidità a tutta prova 5.° tempo. Suture superficiali o formazione della parete anteriore del nuovo canale. Adagiare il cordone in fondo alla doccia, poi trasportare questa doccia in canale rovesciando al davanti del cordone il lembo aponevrotico sino ad allora non utilizzato. Per le suture destinate a tenere il lembo a posto, i punti usati sono incrociati in modo che si costituiscono cume degli x ogni due punti. 6.° tempo. Sutura della pelle. Secondo il consueto.

Il Fournel accenna anche ad una seconda modificazione più semplice, e cioè invece di spostare il cordone, va adagiato nel fondo della ferita, e si sutura tutto lo spessore della parete addominale antero-laterale con l'arcata del Falloppio.

Il Fournel chiama questo, nuovo processo; in realtà non è che una modificazione rimanendo il processo del Bassini integro nelle sue parti fondamentali.

*
* *

Guépin ha voluto riunire in un libro tutte le sue comunicazioni sull'*ipertrofia senile della prostata* (Paris Freres Vigot 1900) fatte all' Accademia di Medicina dal 1895 ad ora. Per il Guépin si tratta di sclerosi periglandolare progressiva, conseguenza diretta dei disturbi secretori ed escretori degli acini glandolari: ammette la guarigione assoluta rara ma possibile e che quando la prostata è completamente presa da sclerosi la cistotomia perineale quale semplice drenaggio del serbatoio orinoso sia il solo intervento utile quando diviene indispensabile di operare. Per il Guépin la sonda a permanenza è di prima necessità nella cura preventiva e talora curativa del focolaio infettivo prostato-genitale; dà un grandissimo valore alla compressione digitale poichè sopprime le cause vicine o lontane dello spasmo uretrale profondo che oblitera attivamente i condotti escretori prostatici, sopprime i fenomeni locali d'irritazione, modifica la natura delle secrezioni. Ammette poi che nei prostatici esiste uno scolo uretrale glandolare, che è una specie di compensazione: infetto o no, la sua soppressione rapida è la causa di un notevole aggravamento e talora l'occasione di complicanze serissime. La cura logica, scrive, diretta contro questi scoli aumenta, dapprima la loro abbondanza o ne ristabilisce il corso; a questo aumento od a questo ritorno si giudica la sua efficacia, tenendo conto, ben inteso, delle modificazioni subite da tutti gli altri sintomi concomitanti.

Il Guépin pensa che rare sieno le indicazioni operatorie, e cioè nelle difficoltà del cateterismo, nella prostatomegalia, nelle infezioni delle vie genito-orinarie. Fra i mezzi palliativi combatte l'uso della stricnina; si dichiara partigiano della dilatazione anale.

La teoria e le conclusioni del Guépin sono troppo speciose perchè si possano discutere.

31 Maggio 1900

Andrea Ceccherelli.

RIVISTA SINTETICA

ANALGESIA CHIRURCICA

per mezzo dell'injezione sotto-aracnoidea lombare di cocaina

Finora le operazioni chirurgiche si sono eseguite con due metodi di anestesia, quella generale con la perdita della coscienza ottenuta per mezzo dell'etere o del cloroformio e l'anestesia locale ottenuta per lo più con la cocaina iniettata nei tessuti o con gli agenti refrigeranti. Da poco tempo il Bier, professore a Kiel, ha trovato un altro metodo che sta tra l'anestesia locale e la generale e che, lasciando sveglia la coscienza, rende incompletamente insensibile al dolore quasi i due terzi del corpo. Ciò egli ha ottenuto, dopo parecchie esperienze fatte anche su sè stesso e sul suo assistente, il Dott. Hildebrandt, iniettando con una siringa di Pravaz armata di un ago sottile una piccola quantità di soluzione di cocaina nel canal rachidiano. Così per primo, sopra alcuni individui affetti da malattie chirurgiche svariate della parte inferiore del corpo, egli eseguì delle operazioni importanti come resezioni ossee e svuotamento di focolai osteo-tubercolari e osteomielitici con perfetta assenza di dolore dopo pochi minuti dall'aver praticata l'iniezione. L'analgesia ottenuta anche con piccole dosi si spiega per le condizioni favorevoli in cui agisce la cocaina, essa infatti viene iniettata in un luogo ove si trova un gran numero di cellule gangliari, di radici nervose e di nervi sprovvisti delle loro guaine.

Più tardi questo metodo fu usato da H. Zeidler di Pietroburgo e da J. B. Seldovitch per operare un cancro del piede, un melanosarcoma del calcagno, un cancroide del ginocchio e una gonartrite tubercolare. Furono ancora eseguite gravi operazioni chirurgiche da Tuffier e Michaut, da Severeano e Gerota, da Th. Jonnesco, da Racoviceano-Pitesti e da altri e anche in Italia furono pubblicate dal Dott. Benedetto Schiassi otto operazioni eseguite con felice risultato.

In quanto alla tecnica per fare queste iniezioni si adopera generalmente la comune siringa di Pravaz armata di un ago piuttosto lungo. Tuffier raccomanda il seguente ago: esso è di platino, della lunghezza di nove centim., del diametro esterno di undici decimi di millim., del diametro interno di otto decimi di millim., questo ago è abbastanza forte per non torcersi se il chirurgo, ancora inetto a tale manovra, urta nell'infiggerlo contro le lamine vertebrali prima di penetrare nel canale rachidiano. Bisogna inoltre che esso abbia la punta tagliata a becco di flauto, assai poco obliquo perchè gli aghi a sbieco lungo e molto obliqui presentano questo inconveniente che il loro orificio allungato può trovarsi a cavallo della membrana e mentre una porzione pesca nel liquido sotto-aracnoideo, un' altra porzione resta al difuori e l' iniezione si fa in parte nello spazio sotto aracnoideo, in parte al di fuori di questo spazio.

La soluzione adoperata è generalmente titolata all' uno o al due per cento iniettandosi un centigrm. o un centigrm. e mezzo di cocaina. È vero che qualche volta furono perfino iniettate quattro siringhe e mezzo di una soluzione all'uno per cento ma ciò può dar luogo a fenomeni spiacevoli. Il liquido che serve per l'iniezione venne in seguito modificato e alla soluzione di semplice cocaina

venne aggiunta un po' di morfina, la quale agisce favorevolmente rendendo più durevole l'anestesia e una piccola parte di trinitrina, che, essendo vaso-dilatatrice, oppone un'azione antagonistica all'azione vaso costrittrice della cocaina. La formola usata dallo Schiassi è la seguente: Un centim. cubo di soluzione contiene: Cloridrato di cocaina centigr. uno, cloridrato di morfina milligr. tre, trinitrina al 250° una goccia. Il medesimo chirurgo ha inoltre l'abitudine di introdurre il farmaco a temperatura un po' elevata avendo il Costa stabilito che le soluzioni di cocaina portate a 40°-45° dànno un'insensibilità più durevole.

La so uzione deve essere preparata di recente. In qualche caso si è ottenuta un'analgesia imperfetta, dovuta, si crede, ad una soluzione vecchia e non

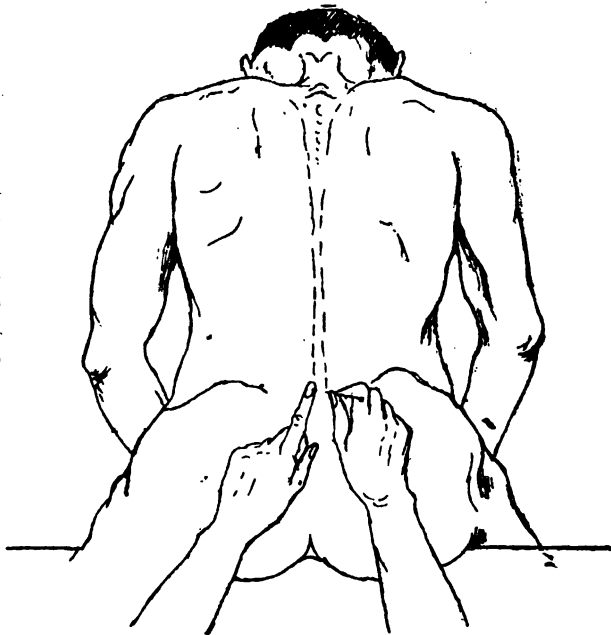



Fig. 1.

perfettamente limpida, perchè, ripetuta l'iniezione con una soluzione fresca s ottenne l'effetto voluto; inoltre deve essere sterilizzata scrupolosamente.

Il Tuffier pratica le iniezioni disponendo il paziente seduto con le due braccia portate in avanti. La regione lombare viene spazzolata con acqua e sapone e lavata con alcool. Stando il tronco eretto, si cercano le creste iliache, si uniscono con una linea trasversale la quale passa in corrispondenza dell'apofisi spinosa della quarta vertebra lombare e la puntura viene fatta subito al disotto di questa linea. La posizione seduta del paziente è preferibile a quella in decubito laterale sinistro con le membra inferiori flesse sull'addome e il tronco flesso in avanti perchè si è osservato che in quest'ultima posizione la colonna vertebrale poteva andar soggetta a delle inflessioni che rendevano la puntura lombare talora difficile.

Mentre adunque l'indice delle mano sinistra tasta l'apofisi spinosa, si fa inclinare al malato il tronco fortemente in avanti: questo movimento ha per effetto di produrre tra le lamine della quarta e quinta vertebra un allontanamento di circa un centimetro e mezzo. Si raccomanda al malato di non drizzare

il tronco quando sente pungere il qual movimento esporrebbe al pericolo di percorrere delle false vie e impedirebbe la penetrazione dell'ago attraverso dello spazio interlamellare nuovamente ristretto. Postosi l'operatore alla destra del paziente tenendo tra il pollice e l'indice della mano destra il solo ago sterilizzato, lo infigge a destra della colonna vertebrale a un centim. circa dalla linea delle apofisi spinose. L ago passando così attraverso la pelle, il tessuto cellulare sottocutaneo, l'aponeurosi lombare, i muscoli della massa sacro lombare, l'apo-

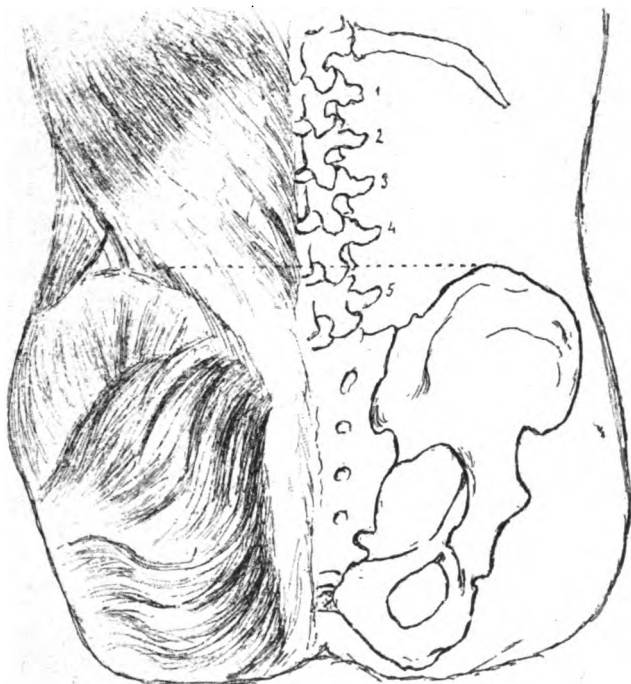



Fig. 2.

neurosi d'inserzione del trasverso e il quadrato dei lombi, penetra nello spazio interlamellare, poi nel canale rachidiano attraverso il legamento giallo. Se l'ago è veramente nello spazio sotto-aracnoideo, esso non incontra nessuna resistenza e si vede, come prova, uscire quasi subito dalla sua estremità libera un liquido chiaro, giallastro, che fuoriesce goccia a goccia qualche volta in modo ritmico e che non è altro che il liquido cefalo-rachidiano. Bisogna però stare attenti di non perdere tempo ad innestare la siringa e non esca troppo liquido: una volta il Bier esperimentando sopra sè stesso rimase vittima di uno spiacevole inconveniente: non adattandosi bene la siringa all'ago avvenne lo scolo di molto liquido cefalo-rachidiano ed essendosi per questo manifestate delle vertigini molto insistenti, il Bier dovette stare in posizione orizzontale nove giorni prima che fossero dissipate.

Una volta aspirata la quantità voluta di soluzione cocainica e la siringa adattata all'ago, la iniezione deve esser fatta lentamente in modo da impiegare circa un minuto: terminata l'iniezione si ritira l'ago e si sparge del collodio sul foro cutaneo.

Le annesse figure tolte dalla nota del Tuffier sulla Sémaine Médicale spiegano meglio ciò che si è detto. La prima dimostra il malato seduto sul margine della tavola: l'indice della mano sinistra tocca l'apofisi spinosa corrispondente alla linea bis-iliaca, la mano destra sta per spingere l'ago ad un centim. all'infuori di questa apofisi.

Nella seconda figura la linea punteggiata indica la vertebra che corrisponde ad una orizzontale passante per le creste iliache.

Dopo un tempo che varia dagli otto ai dieci minuti secondo i soggetti, il paziente accusa dei pizzicorì, dei formicolii e dell'intirizzimento ai piedi e alle gambe: in questo momento si può cominciare a operare, in seguito sparisce la sensibilità dolorifica e calorifica e persiste solo la sensibilità tattile. Pare che il sesso e lo stato del sistema nervoso abbiano grande influenza sul tempo che impiega la cocaina per produrre l'analgesia, nelle donne e nei soggetti nervosi si produce più lentamente. Il punto di partenza dell'anestesia è variabile, generalmente essa comincia del dito del piede e sale gradatamente in alto, in qualche malato è cominciata in alto ed è discesa verso le gambe, in qualche altro è cominciata all'addome. L'analgesia è completa, essa rimonta ordinariamente fino al torace, fu osservata anche fino alle ascelle, in un giovanetto di undici anni operato da Bier cui era stata fatta un'iniezione di cinque milligr. di cocaina, l'analgesia aveva invaso tutto il corpo salvo la testa. Durante gli atti operativi anche più gravi i pazienti hanno soltanto una sensazione di contatto. L'analgesia così ottenuta ha una durata abbastanza lunga per compiere le operazioni chirurgiche più laboriose ed è indifferente il dare al malato qualunque posizione come se si anestetizzasse con l'etere od il cloroformio.

Esiste ancora qualche differenza tra chirurgo e chirurgo sulla tecnica non essendo ancora uscito il metodo, si può dire, dalla fase di esperimento. Per esempio in Italia lo Schiassi inietta il farmaco tra la seconda e la terza vertebra lombare in luogo che tra la quarta e la quinta considerando che il cono midollare non oltrepassa mai il livello della prima o della seconda vertebra e quindi non si corre mai il pericolo di lederlo. Inoltre il suddetto chirurgo fa la puntura addirittura coll'ago innestato sulla siringa non servendosi della prova di far uscire del liquido cefalo-rachidiano per capire se si è giunti entro il cavo durale poichè, secondo lui, si può esserne ugualmente avvisati mercè una speciale sensazione come se l'ago superasse una membrana fibrosa dura e tesa: questa sensazione sarebbe tanto chiara da essere avvertita anche dalle persone circostanti.

Il Bier faceva in principio l'anestesia delle parti molli in corrispondenza dei lombi prima di pungere: oggi questa pratica è tralasciata.

Se questo nuovo metodo di anestesia presenta dei reali ed indiscutibili vantaggi, non è però scevro da pericoli ed inconvenienti. In primo luogo possono presentarsi delle difficoltà nel fare la puntura. In certi individui scoliotici può essere difficile il trovare la linea delle apofisi spinose ed una volta trovata si può stentare ad infiggere l'ago tra le due lamine vertebrali di cui sono alterati i rapporti. Dato che ogni cosa sia normale, può ancora darsi che la penetrazione dell'ago sia impedita da un movimento intempestivo del malato che tende a drizzare il tronco. Secondo il Tuffier, che ha una grande pratica in questa manovra per le molte operazioni eseguite, quando coll'ago si cade sopra le lamine vertebrali, bisogna cambiare direzione deviando la punta in alto o in basso: che se così non si riuscisse, è meglio tentare un'altra puntura più in alto o più in basso piuttosto che ostinarsi a cercare la via con la puntura primitiva, il che non riuscirebbe che a rompere o smussare la punta.

Oltre alle difficoltà che si possono incontrare nella tecnica esistono dei veri inconvenienti proprî dovuti alla cocaina. Se vi fu qualche caso in cui non si osservò alcun disturbo, in tutte le statistiche fatte finora si trovano però degli operati che presentarono dei fenomeni tutt'altro che disprezzabili. Questi si pos-

sono dividere in immediati e secondarî. I primarî sopravvengono subito dopo la puntura o qualche ora dopo l'operazione: consistono in un senso di pesantezza all'epigastrio o di ansietà, in nausee e vomiti mucosi e biliosi ma che cessano ordinariamente con l'ingestione di ghiaccio. Si ha inoltre cefalea, e questo è un fenomeno quasi costante, spesso è leggera, semplice pesantezza di testa e sparisce nella giornata che segue l'operazione. Furono osservati talvolta sudori abbondanti, emissione involontaria di orine e di feci, dilatazione delle pupille, tremollo delle gambe, acceleramento del polso, elevamento della temperatura a 38°, 39° e in qualche raro caso di Tuffier, di Jonnesco e di Zeidler fino a 40°. Zeidler e Seldovitch credono che questa reazione febbrile sia una conseguenza diretta della cocaina sul midollo spinale. Essi hanno fatto in alcuni cani delle iniezioni intrarachidee di soluzioni di cocaina ed in altri d'acqua salata, il primo liquido provocava una ipertermia passeggera, mentre che il secondo non provocava mai questo fenomeno. Gli accidenti secondari consistono nella continuazione persistente degli immediati, così il vomito e la cefalea possono durare anche il giorno dopo l'operazione sopratutto nelle donne cui era stata iniettata una forte dose di cocaina. Così in una operata di laparatomia da Racoviceano-Pitesti si ebbero dei fenomeni gravi da parte dell'apparato cardio-polmonare è ben vero però che si erano iniettati tre centim. cubi e mezzo di soluzione all'un per cento, la qual dose oggi è ritenuta troppo grande.

Si può conchiudere dunque (considerando che anche il cloroformio è ben lungi dall'essere scevro di pericoli) che, malgrado i suoi difetti, questo nuovo metodo di anestesia segna un reale progresso nella chirurgia delle membra inferiori e degli organi genito-orinarî e potrà essere impiegato utilmente quando lesioni cardiache e specialmente renali controindichino l'uso degli anestetici generali. Bisognerà però essere molto guardinghi nel dosaggio, preferendo le piccole quantità, curare scrupolosamente l'asepsi e sorvegliare attentamente il malato non solo il giorno stesso ma anche quello susseguente all'operazione. Dato poi che l'anestesia con la cocaina nel canal rachidiano rimanesse in qualche caso incompleta, l'iniezione fatta non controindica in nulla l'amministrazione immediata del cloroformio: l'unico fatto che si è verificato in questi casi è una diminuzione del periodo d'eccitazione prodotto dall'anestetico generale.

Dott. Giuliano Bottesini.

RENDICONTI DI ACCADEMIE E SOCIETÀ

Italia.

Accademia Medica delle Scienze di Bologna.

Mazzotti parla sulla *periepatite essudativa di forma ritmica, associata carcinoma del fegato.* Egli descrive due casi di carcinoma del fegato, uno dei quali, dopo una causa traumatica, si destò una periepatite saccata o cistica, nella quale l'essudato liquido restava chiuso dentro la cavità patologica. Uno dei tumori cancerosi si rammollì, si ulcerò e mescolò il suo contenuto coll'essudato, per cui alla puntura esplorativa si estrasse un liquido somigliante a pus molto scorrevole di cattiva natura. L'infermo, giunto in ospedale in condizioni gravissime, venne sottoposto ad la laparotomia esplorativa e morì pochi giorni dopo.

Nell' altro caso la periepatite cistica o saccata si svolse senza alcuna cagione apprezzabile e senza dar luogo a sintomi speciali. La forma sferica e regolare della tumefazione, il suo rilevante volume ed il contenere un liquido citrino, che accidentalmente si mescolava a sangue all' atto della puntura esplorativa potevano far ammettere una cisti d'echinococco. Anche in questo caso si eseguì una laparotomia esplorativa, ed il malato guarì rapidamente dall'atto operativo, ma morì dopo un mese e mezzo per effetto del carcinoma.

Dalle ricerche fatte nelle opere e nei periodici, il Mazzotti non ha trovato descrizioni di casi eguali, nè indicazioni intorno all'esistenza di una periepatite cistica con essudato siero-fibrinoso. Perciò egli ritiene questa forma morbosa, se non del tutto nova, almeno molto rara e meritevole di venir conosciuta per la sua importanza, non solo nella patologia, ma anche nella pratica medica e chirurgica.

SOCIETÀ MEDICO CHIRURGICA DI BOLOGNA.

Seduta del 19 *aprile* 1900. — CODIVILLA parla sulla *rigenerazione del plesso brachiale e sulla neurorrafia* (Questa comunicazione sarà pubblicata fra le Memorie Originali per intiero).

REALE ACCADEMIA DI MEDICINA DI TORINO.

Seduta del 4 *maggio* 1900. — A. PINNA PINTOR parla su di un *caso di epitelioma cilindrico primitivo della vagina.* L'O. comunica che l'epitelioma primitivo della vagina, qualunque sia la sua forma istologica, è un'affezione relativamente rara.

Comunemente si riscontra l'epitelioma piatto derivante da atipica proliferazione dell'epitelio di rivestimento della mucosa vaginale.

In un caso che l'O. operò nell'Ospedale Maria Vittoria, la neoplasia, in forma di una vegetazione appiattita sulla parete anteriore della vagina, circa 2 cent. al di dietro del meato uretrale, faceva rilevare, all' esame microscopico, alla superficie l'epitelio piatto stratificato della mucosa e profondamente, in uno stroma connettivo lasso, delle lacune di aspetto ghiandolare con numerose proliferazioni papilliformi variamente ramificate e anastomosate, rivestite da uno o più strati di epitelio cilindrico.

Il reperto di una neoproduzione di epitelio cilindrico nella vagina è d'una forma di origine ghiandolare e di difficile interpretazione, poichè in essa non esistono nè epitelio cilindrico, nè ghiandolare.

Delle varie ipotesi che possono emettersi al riguardo quella che, basandosi sui dati dell'esame istologico, parmi più attendibile, è che l'epitelioma cilindrico studiato da me abbia avuto origine da atipica proliferazione di ghiandole anormali della mucosa vaginale.

ACCADEMIA MEDICO CHIRURGICA UNIVERSITARIA DI PALERMO.

Seduta del 19 *aprile* 1900. — TANSINI parla sull'*uso del filo di oro nell'operazione radicale dell'ernia.* Egli dice che se con un'attenta sterilizzazione dei fili di seta si può acquistare una grande sicurezza contro le suppura-

ioni nelle suture che praticansi nell'operazione radicale dell' ernia, non è
erò straordinariamente raro il caso e molti pratici se ne lamentano, che
ilvolta suppurazione più o meno estesa si verifichi con l' eliminazione di
no o più punti di sutura. Tale fatto si manifesta in due maniere; talvolta
ı suppurazione si svolge nel periodo post-operativo, con qualche accentua-
one infiammatoria più o meno diffusa e compromette l' andamento per
rima; talvolta si verifica invece molti mesi, fin sei, sette mesi dopo l'ope-
ızione, dopo che la ferita si era riunita per prima assoluta, senza il più
ccolo accenno a regione locale. Nel primo caso può essere compromesso
;sito terapeutico dell' operazione, nel secondo questo non lo è affatto. In
nbedue i casi e nella migliore ipotesi, o la guarigione è assai protratta,
si provocano preoccupazioni e molestie nel paziente e nell'operatore. Colla
tura in fili di seta anche quando si ottiene la prima intenzione ideale,
che quando non si è verificata l'eliminazione di alcun laccio nè tosto nè
rdi, si verifica talvolta la recidiva. Ciò vuol dire che talvolta la linea di
tura, specialmente quella dello strato profondo, cede e che il coalito or-
nico non è sufficiente: ciò credo che possa verificarsi specialmente quando
ndividuo è di età avanzata, e si alza troppo presto di letto, dedicandosi
lavoro. Si comprende di leggieri che nell'operazione dell'ernia inguinale
saldamento organico dello strato muscolare coll' arcata di Poparzio pel
nere dei tessuti avvicinati, muscolo contro aponevrosi, non possa essere
ıì alacre e solido come quando si avvicinano due margini cutanei e due
perfici sierose, ed io ritengo che dopo dieci o dodici giorni per sè stesso
n sia sufficiente a resistere contro la pressione viscerale senza subire un
'to sfiancamento. Così che un sostegno fisico duraturo, e meglio se per-
nente, dovrebbe essere un coefficiente di alto valore ad impedire la re-
iva. Per ottemperare più facilmente alle esigenze dell'asepsi e per evi-
e l'eliminazione dei fili di seta si pensò da tempo di usare i fili metal-
. Però, siccome il filo d' argento perchè sia sufficientemente resistente
'essere troppo grosso, ed è poco flessibile, per essere lasciato impune-
nte in posto si sono ideate suture amovibili. Senza tenere conto che
suture per quanto ingegnose non potranno mai avere lo stesso effetto
la sutura a piani molteplici, si comprende che la rimozione precoce del
'egno fisico della linea di riunione espone alla divaricazione dei margini
niti. Il filo d'argento poi rigido e grosso maltratta l'arcata di Poparzio
e indebolisce la resistenza. Io pertanto pensai al filo d' oro che stante
luttibilità di tale metallo si può ottenere sottile, flessibilissimo e resi-
nte talchè si può facilmente applicare cogli aghi comuni e lasciare in
mbo alla ferita senza temere alcun inconveniente riferibile al corpo
niero. Con tale sutura si comprende di leggieri che non si avrà mai a
entare la suppurazione per causa dei fili, la cui sterilizzazione è delle
facili e sicura, ma ancora si ha il non lieve vantaggio di dare alla
a di sutura o di avvicinamento un sostegno valido permanente. Anche
la legatura del colletto del sacco, quando è possibile, o per la sutura
o stesso quando non si può, o non si vuole racchiuderlo in un laccio'
'e perfettamente il filo d'oro, del quale uso il più grosso per l'allaccia-
ı ed il più sottile per la sutura. Per la fissazione dei punti o del laccio
o assai lesto l' attorcigliamento dei due capi fatto direttamente colle
i. I capi dei fili profondi rivolgo nello spessore del piccolo obliquo,

quelli della sutura dell'aponevrosi del grande obliquo piego solo di un lato. Ho richiamati gli operati dello scorso anno, che sono tutti perfettamente guariti in brevi giorni e constatai che non ebbero mai a risentire, come non risentono, la benchè minima molestia; in nessuno degli operati di quest'anno ebbi ad osservare il più piccolo incidente.

CHIARLEONI parla sulla *cura chirurgica delle fistole vescico vaginali secondo un suo processo.* L'ha adoperato sei volte. Il processo impiegato è informato al concetto generale delle plastiche vaginali, e secondo questo concetto incido al davanti e al di dietro dell'apertura fistolosa; possibilmente lungo la linea mediana la parete anteriore della vagina e ne disseco i due lembi per 1 cm. e mezzo a 2 cent. lateralmente contornando sempre l'apertura fistolosa. Se questa è relativamente piccola dopo la dissezione dei due lembi nei due tratti anteriore e posteriore, essendo mobilizzata la parete della vescica, o contemporaneamente della vescica e dell'uretra, pratico la sutura vescicale con seta; e questa sutura avrà una direzione ora perpendicolare ai lembi dissecati della vagina, ora sarà ad essi parallela, a seconda che l'ampiezza maggiore della breccia vescicale sarà in senso trasverso in direzione antero-posteriore. E nei casi di apertura circolare la direzione della linea di sutura è subordinata al concetto della maggiore o minore difficoltà con cui si può piuttosto nell'una direzione che nell'altra avvivare le opposte labbra dell'apertura fistolosa. La sutura vaginale poi la pratico con seta come in qualsiasi altra plastica, però sempre a punti staccati. Nelle piccole fistole la sutura riesce lineare, nelle ampie crociata. Non resecando alcuna parte di parete vaginale e sdoppiata la vagina dalla vescica, suturo separatamente l'una e l'altra; ottenendo il più delle volte che le due suture sieno in direzione perpendicolare l'una all'altra.

NOTO presenta un caso di *cisti dermoide della tromba destra.*

Austria.

SOCIETÀ IMPERIALE E REALE DI MEDICINA DI VIENNA.

*Seduta dell'*11 *maggio* 1900. — MATZENAUER comunica le sue ricerche sulla *gangrena nosocomiale degli organi genitali* avendone osservati 22 casi. Si vede senza infezione specifica precedente comparire nella regione genitale un'ulcerazione che aumenta rapidamente di estensione e profondità e si accompagna a febbre spesso abbastanza elevata. L'erosione dei vasi in corrispondenza dell'ulcerazione dà luogo più tardi ad emorragie talora abbondantissime. Ha trovati bacilli, la cui inoculazione è quasi sempre senza risultato. PALTAUF crede si tratti di casi eccezionali. GRÜNFELD crede si tratti proprio di gangrena nosocomiale, e della medesima opinione è GUSSEMBAUER, che ne ha osservato un caso.

GLEICH presenta un caso di *torcicollo congenito* in un ragazzo, che ha guarito con la sezione del muscolo sterno-cleido-mastoideo. Per dissimulare l'asimetria che determina quest'operazione, la perdita di sostanza può essere colmata col mezzo di fasci muscolari presi dal grande pettorale o provocando l'atrofia dal lato opposto con la legatura della carotide esterna o diminuendo il calibro del vaso con la sua costrizione mercè un anello.

HABART studia gli *effetti dei nuovi proiettili da guerra.* Ha constatato che

l proiettile di 8 millimetri ha un'energia totale di 310 chilog. mentre che asta un'energia da 3 a 5 chilog. per mettere un uomo fuor di combattiento, risultato che si può ottenere, col proiettile in quistione, ad una istanza di 3.000 metri. Fino a 500 metri (zona esplosiva) il proiettile da millimetri determina degli schiacciamenti delle ossa e delle lacerazioni elle parti molli. Le ferite prodotte ad una distanza più grande sono retivamente benigne. L'energia della sezione trasversale, cioè la forza che isce su di una superfice di 1 millimetro quadrato, dà una misura esatta lla forza propulsiva. Questa energia, per i proiettili austriaci, è di sei chilog. punto di partenza e di 446 grammi dopo duemila metri. Il proiettile di millimetri 1/2 usato in Italia, Olanda e Romania, ha una forza propulsiva aggiore.

Ultimamente si sono fatte esperienze con un proiettile di 5 millimetri, cui azione è ancora più potente.

L'artiglieria impiega due specie di proiettili, gli obici scoppianti e gli rapnels. I primi sono in ferro e carichi di materia esplosiva (nitroglicea, nitrocellulosa o acido pirico). Essi scoppiano cadendo e la loro azione astatrice è dovuta ad una produzione eccessiva di gas che spingono tutte le direzioni i frammenti.

Gli shrapnels sono carichi con 300 o 400 pallette rotonde, che sono iettate con gran violenza nel momento dello scoppio. Queste pallette ducono delle piaghe ed infette.

Per studiare l'infezione delle armi da fuoco, il sig. Habart ha fatto spa- contro scatole ripiene di gelatina sterilizzata. Egli ha potuto constatare fezione di questa sostanza fatta dalle palle, e la sua penetrazione dai zettini di stoffa dell'inviluppo.

L'oratore crede che colle armi da fuoco moderne, su 100 uomini colla proporzione dei morti sarà di 25, quella dei combattenti feriti granente di 20 e quella dei leggermente feriti di 55.

Belgio.

Società di Chirurgia del Belgio.

Seduta del 28 *aprile* 1900. — Vince parla su di un caso di *peritonite erforazione* consecutiva ad un'ulcera del duodeno, susseguita da morte rado l'eseguita laparotomia.

Charon fa la storia di un caso di *gozzo* osservato in un bambino di anni, alla quale fece con buon successo la tiroidectomia.

Gallet presenta una *modificazione alla colostomia iliaca.* Il manuale atorio è il seguente: 1.° incisione nel punto di elezione per 6 a 7 centri, incisione del peritoneo la più limitata possibile; 2.° estrazione ansa intestinale e piazzamento dei fili come è stato descritto da Desguin; na volta che l'ansa intestinale è stata messa a cavalcioni sul filo bene dato si passa un filo di seta nel peritoneo parietale del labbro esterno; to filo passa poi, a borsa, nel capo inferiore dell'intestino ad un centro circa dal punto nel quale si farà la colostomia: non interessa che ero-muscolare, e, dopo avere passato nel peritoneo parietale del labbro no, ritorna al suo punto di partenza ed è annodato. Qualunque comu-

nicazione col capo inferiore è ormai impossibile; 4.° si termina l'operazione secondo il consueto, e si apre l'intestino immediatamente. LAUWENS osserva che vi si espone a chiudere il capo superiore dell'intestino, ma ROUFFART HANNERART e VINCE indicano i modi per riconoscere il capo superiore ed inferiore.

ROUFFART presenta un voluminoso *fibroma dell'ovaio* ed una *ciste dermoide dell'ovaio.*

Francia.

ACCADEMIA DI MEDICINA DI PARIGI.

Seduta dell' 8 *maggio* 1900. — DELORME fa una comunicazione sulla *cura dei grandi prolassi rettali od ano-rettali c n l' escisione della mucosa rettale o retto-colica.* Ha eseguita tre volte quest'operazione e viene alle seguenti conclusioni: L' estirpazione della mucosa rettale, riservata sino ad ora alla cura dei prolassi puramente mucosi, è ugualmente applicabile ai prolassi nei quali tutte le tuniche dell'intestino partecipano alla caduta del retto, che vi sia o no invaginazione. L'estensione della porzione mucosa da escidere non può ancora essere precisata. L' esperienza ulteriore ci darà norme in avvenire su questo punto importante. Bisogna evitare di fare delle escisioni troppo grandi. Nel prolasso con invaginazione, anche voluminosa, l'estirpazione di 20 a 30 cent. pare che sia sufficiente. Forse si potrà ridurre. L'operazione che consiste in una dissezione lunga, minuziosa, in un campo operatorio esteso ed irrorato da molto sangue è delicata. Sarebbe bene di non intraprenderla che dopo di essersi esercitato prima nella cura radicale delle emorroidi con l' estirpazione circolare della mucosa anale. La cura consecutiva ha un' importanza di prim' ordine. Una cura consecutiva male diretta, troppo poco accurata, compromessa da un malato indocile, può diminuire o aumentare i resultati dell'operazione la meglio fatta, esporre all'infezione del campo operatorio a quella del peritoneo, alle cicatrici deformi, ai restringimenti del retto. *Immobilizzare la regione anale sino alla produzione di una cicatrice solida è lo scopo da raggiungere.* Non deve essere perduto di vista un solo istante. L'oppio, una medicatura unica, occlusiva e ben contentiva, la legatura dei ginocchi che si oppone ai pericolosi movimenti di abduzione degli arti inferiori, una dieta rigorosissima da prima, un'alimentazione la più ridotta possibile imposta sino alla cicatrizzazione completa della ferita, una deconstipazione prudente, la deambulazione molto tardivamente sono i mezzi che paiono i meglio indicati per consolidare la guarigione. Un insieme di fatti importanti può solo permettere di apprezzare il valore esatto di quest'operazione in apparenza paradossale, in realtà razionale e più semplice di molti interventi che gli sono rivali. L'esperienza ulteriore ci determinerà meglio le indicazioni e controindicazioni di questo metodo, ci dirà se può bastare a sè stesso, o se deve reclamare un appoggio negli altri processi. Lo crede indicato specialmente nell' adulto e nel ragazzo, nei quali i tessuti presentano delle condizioni di adesione specialmente favorevoli quando lo sfintere è solido, gli sfinteri resistenti, l'ano poco dilatato.

Seduta del 15 *maggio* 1900. — Lannelongue presenta un *mostro ete-radelfo.* Si tratta di un indiano di otto anni, ben sviluppato, alla cui regione epigastrica è attaccato per la sua estremità superiore il corpo di un sog-getto senza testa, costituito da un tronco e quattro membra sviluppate in-completamente. Toccando queste parti si sente un certo numero di ver-ebre, le ossa iliache e un principio di scheletro delle membra. Fra le membra uperiori e le ossa pelviane non si trovano alla regione anteriore di questo oggetto accessorio, che delle parti molli al disopra delle quali non si scorge essuna ansa intestinale.

I due soggetti appartengono al sesso maschile e sembra che tutti e ue orinino nel tempo istesso.

Chipault parla di un uomo di sessant'anni, colpito da una *nevralgia ciale* grave che aveva resistito a tutte le cure, e che è stata guarita lla resezione del ganglio cervicale superiore del gran simpatico dalla rte corrispondente alla nevralgia. Questo fatto par che provi che questa fezione è d'origine vasomotrice.

Società di Chirurgia di Parigi.

Seduta del 2 *maggio* 1900. — Tillaux narra la storia di un caso di *eurisma diffuso dell' arteria iliaca esterna* che datava da un anno e facil-nte diagnosticato. Pensò di legare l'iliaca primitiva; ma trattandosi di aneurisma diffuso, ed il vaso essendo inglobato col tumore, il laccio fu sso senza potere vedere distintamente il vaso. Sul principio tutto procedè ne, ma di poi il tumore crebbe, e dopo 39 giorni il paziente morì. Al-utopsia venne trovata una sacca aneurismatica sviluppata a spese del-aca esterna, delle trombosi della vena femorale sinistra, ma specialmente scoperto che invece dell'iliaca primitiva era stata legata la parte ter-ale dell'aorta. Per ora di legatura dell'aorta se ne conoscono undici casi utti seguiti da morte rapida: in questo caso invece la morte avvenne livamente.

Poirier descrive un nuovo processo di *gastrostomia*, e cioè: 1.° inci-e obliqua di 8 cent., parallela ed a un dito trasverso dal margine co-e sinistro; quest'incisione comprende la pelle ed i due strati muscolari ostanti grande retto e trasverso; 2.° incisione del peritoneo parietale un'estensione di soli 4 centimetri; 3.° ricerca dello stomaco, non sempre e; 4.° trovato lo stomaco si afferra con una pinza dentata il più in possibile, cioè il più vicino al cardias e si porta nella ferita epigastrica. ono così formato ha quasi due centimetri di altezza: non è costituito dalle tuniche muscolare e sierosa dell'organo, la mucosa essendo sci-ta verso il fondo; 5.° fissazione con quattro punti di sutura cardinali cono siero-muscolare del peritoneo parietale ed al trasverso, poi inci-per un solo centimetro d'estensione all'apice del cono; 6.° attraverso t'incisione, una pinza dentata afferra e fissa la mucosa, di cui termina ollamento sino in corrispondenza della base del cono siero-muscolare, questa mucosa è perforata con una sonda che si sostituisce subito con ubo di gomma del N.° 13 o 14; 7.° chiusura della parete che non deve re passare altro che la sonda. L'ha usato cinque volte con utilità. ier non crede ai resultati molto fortunati, perchè il succo gastrico

finisce per lo più col compromettere il successo dell'operazione. Converrebbe studiare quest' azione del succo gastrico che varia nei singoli individui a seconda delle condizioni generali, delle funzioni digestive, ecc. In quanto alle valvole crede che non servano a gran cosa. RECLUS ha usati varî processi, ed ha avuti i migliori successi con i processi semplici, a tragitto diretto, e situando la fistola nel punto più elevato dello stomaco, vicino al cardias, perchè così non scola il succo gastrico. ROUTIER è della medesima opinione, tanto è vero che bisogna stare attenti perchè la fistola non si chiuda. TUFFIER la pensa nello stesso modo, e crede a tre fattori utili: 1.° situazione e dimensione della fistola che dev'essere piccolissima e situata molto in alto vicino al cardias, la qual cosa non è sempre facile ad ottenersi; 2.° tolleranza dello stomaco, e che cioè non si contragga; 3.° qualità del succo gastrico. SCHWARTZ è dell' avviso di Routier; QUENU usa il processo di Terrier come quello che non dà corrosione dei tessuti mercè il succo gastrico. DELBET preferisce l'incisione verticale della parete addominale che permette divaricare le fibre del grande obliquo. RICHELOT trova eccellente il processo di Marwedel-Barozzi, il quale per TUFFIER ha il difetto di esigere troppo tempo ed essere inapplicabile nei cachettici. ROCHARD non gli trova questo difetto.

LEJARS presenta un malato, al quale per *cisti idatica del rene* ha fatta l'estirpazione parziale ed il capitonaggio della porzione rimanente ottenendo la guarigione.

SOULIGAUX presenta un malato, a cui per *cancro intestinale* resecò l'intestino e fece l' entero-anastomosi latero-laterale ottenendo la guarigione.

Seduta del 9 *maggio* 1900. — SEGOND a proposito della *gastrostomia* dice che sedici anni prima fece una gastrostomia e seguendo i consigli di Farabeuf orlò la fistola suturando la mucosa alla pelle. Anche allora constatò le varie condizioni del succo gastrico, cioè la sua azione variabile. Quando si presentavano disturbi dispeptici, il succo gastrico, molto acido, corrodeva con la fistola gastrica protetta dalla mucosa che orlava la pelle, ma la pelle dando luogo ad ulcerazione: nessun'azione aveva il succo gastrico quando le digestioni si facevano bene. A poco a poco la bocca, attivata dalla retrazione cicatriziale finì per restringere la bocca ed affidarsi in modo da essere continente: e l'operato vive tuttora.

POTHÈRAT presenta una comunicazione di DUPRY su di un *igroma della borsa sierosa dello psoas dovuto alla presenza dei corpi estranei ossei* in un uomo di 37 anni che presentava alla radice della coscia un tumore arrotondato, abbastanza voluminoso, molle, doloroso da qualche mese. Nell'interno della sacca punta si trovarono due corpi estranei grossi come una ciliegia che all'esame microscopico si mostrarono formati da uno strato centrale osseo, uno medio cartilagineo, uno esterno fibroso. Gli strati osseo e cartilagineo non contenevano che elementi cellulari degenerati, indicando che questi tessuti avevano perduta la loro vitalità. Dupry crede che questi abbiano creato l'igroma e che fossero la conseguenza di un'antica frattura comminutiva, essendo due frammenti affondati entro la borsa sierosa dello psoas, e legati da peduncoli vascolari che continuavano a nutrirli. Rotti questi od atrofizzati si trovarono liberi.

DELORME parla sulla *escisione ampia della mucosa rettale nel prolasso* pre-

conizzata da Gerard-Marchant, la rectopessia combinata alla retto-plicatura e ricorda come fa per la cura delle cadute totali del retto, e dice che gli ha dati dei successi. Ma gli ha dati dei buoni resultati anche la semplice escisione ampia della mucosa seguita da sutura del margine inferiore del cilindro mucoso che resta nel margine anale. Nell'incisione conviene arrestarsi quando si sente un poco stirare.

TUFFIER a proposito dell'*inondazione peritoneale* dice che la pulizia e l'asciugamento della cavità addominale nei casi di inondazione devono essere i più perfetti possibile, non dovendo lasciare nè sangue nè liquido di cultura ai microrganismi. Bisogna proteggere le anse con pezze prima di voltare il paziente. Il migliore drenaggio è il tampone alla Mikulicz, buono come drenaggio e non come fognatura, per cui preferisce semplici tubi di caoutchouc e metallici: tutte le volte che può fa il drenaggio vaginale. Mai vide infezione ascendente dalla vagina. DELBET non crede che il sangue nel cavo addominale prescriva il drenaggio. Ciò dipende solo dalla lesione. Se fu lasciata la placenta nel ventre è necessario. ROUTIER non è partigiano del tampone alla Mikulicz e non fogna che di rado avendo cura di ben pulire il peritoneo. È fautore del drenaggio peritoneale. Non approva Reynier che in caso di emorragia; ma riapre subito e cerca il vaso.

SCHWARTZ presenta una malata di *ciste idatica del fegato curata col capitonaggio* seguito da guarigione.

TERRIER presenta una malata di *ranula sopra-ioidea* guarita con l'estirpazione completa della glandola sotto-mascellare.

Seduta del 16 *maggio* 1900. — REYNIER a proposito dell'*inondazione peritoneale* si oppone all'asserzione di Routier che le iniezioni di siero artificiale aumentando la pressione intra-vascolare favoriscono l'emorragia; sono invece emostatiche come l'hanno provato Delbet e Mauclaire. Hayem sostiene che il siero introdotto nel sangue eserciti un'azione chimica che aumenta la coagulabilità del liquido: ma dev'esservi anche un'azione riflessa in rapporto con l'aumento di pressione intra-vascolare e che si traduce nella contrazione dei piccoli vasi, da cui arresto dell'emorragia. DELBET è d'accordo con Reynier, ma non ammette l'ipertensione vascolare che egli attribuisce volentieri alle iniezioni di siero. Queste non possono aumentare la tensione sanguigna che quando quest'ultima è al di sotto della normale, come ad esempio avviene nelle forti emorragie; in queste condizioni, le iniezioni di siero possono ricondurre questa tensione alla normale, ma, raggiunta, diventa assolutamente impossibile, quali si sieno gli artifici usati, di fare risalire la pressione intravascolare di un millimetro. TUFFIER dice che le iniezioni favoriscono la coagulazione del sangue. ROUTIER ha vedute emorragie malgrado le iniezioni di siero. POIRIER fa osservazioni sul vario calibro dei vasi.

MICHAUX parla su di un *nuovo metodo di sutura per agrafage metallico (processo di Michel)*. Sono degli uncini simili alle vecchie *serres-fines* che affrontano esattamente i margini delle ferite e con molta rapidità. Si tolgono dopo sei o sette giorni.

BAZY a proposito dell'*asepsi operatoria* dice che ha laparotomizzati quattro conigli dopo di avere toccate delle culture microbiche e lavate dopo con scrupolo le mani. Nulla si è verificato sebbene non abbia adoperati i guanti.

ALBARRAN parla sulla *tubercolosi renale* e dice che anzichè la nefrotomia di cui è partigiano il Tuffier predilige la nefrectomia a meno che non vi sieno condizioni cattive generali o dell'altro rene, sebbene abbia operati e guariti individui molto malandati. Le condizioni dell'altro rene si possono accertare col cateterismo degli ureteri, il quale è sempre possibile senza anestesia. Bisogna però essere scrupolosi nell'asepsi ed avere una certa abitudine nel metodo. In quanto alle pionefrosi tubercolari, che sono rare, conviene pure curarle con la nefrectomia per sopprimere tutti i focolai. POIRIER nella nefrectomia non estirpa l'uretere altro che quando è facile e senza pericoli.

DELORME presenta un'*esostosi traumatica del femore* asportato.

ROUTIER presenta un *sarcoma del bacino* asportato in una donna di trentasette anni. Era compreso tra la faccia posteriore dell'utero ed il peritoneo pelvico e non era collegato agli altri organi che per filamenti molto vascolari e che dettero emorragia abbondante.

TUFFIER fa vedere un *calcolo vescico-vaginale* estratto ad una donna a cui sedici anni prima Verneuil aveva fatta una colpocleisi per fistola vescico-vaginale. Ha la forma di un bottone da camicia.

Seduta del 23 *maggio* 1900. — MONOD a proposito della *gastrostomia* e del malato di Segond ricorda un suo operato del 1891 ancora sopravvivente e senza perdita di succo gastrico dalla fistola. Fece l'operazione in due tempi e senza sutura della mucosa. QUENU avverte che l'orlatura non implica ampiezza dell'apertura: la sutura delle sierose le fa a borsa, venendo così a restringere l'apertura. POIRIER afferma che il suo processo si compie in tempo brevissimo.

LEJARS legge un rapporto sulle osservazioni di GERHART e CANGE sulla *vaginalite cronica biloculare,* a proposito di un caso nel quale fecero l'escisione della vaginale insieme alla decorticazione ottenendo la guarigione. Lejars non crede si trattasse, come la penserebbero gli autori, di pachivaginalite a sacche multiple, ma di pachivaginalite comune complicata da ciste voluminosa dell'estremo inferiore del cordone.

MONOD a nome di GIRAUX presenta due osservazioni di *corpo estraneo della vagina, di ciste del legamento largo,* complicato da fibroma sotto-peritoneale peduncolato dell'utero. Vennero operate con successo.

TUFFIER a proposito della *tubercolosi renale* dice che in rapporto alla diagnosi, conviene riconoscere la malattia e sapere le condizioni del rene opposto. Per questo secondo punto il cateterismo degli ureteri può incontestabilmente in certi casi fornirci dei ragguagli utili, ma non ci dà sempre la chiave della diagnosi e non è sempre esente da pericolo. Un altro mezzo di diagnosi lo abbiamo nello studio delle qualità fisiche, chimiche e biologiche dell'orina. In quanto alle indicazioni operatorie abbiamo che l'estirpazione è indicata, ogni qual volta la salute generale non è colpita, e che il rene dell'altro lato è sano o quasi sano. Il metodo migliore, quando è possibile, è la nefrectomia lombare sopra-capsulare. La nefrotomia è per le grandi pionefrosi con accidenti febbrili e stato cachettico, e non possibile qualsiasi operazione laboriosa. La nefrectomia secondaria precoce è necessaria per non lasciare fistole. In 9 nefrectomie ha avute 9 guarigioni; e su 7 nefrotomie 5 guarigioni. Tutti i nefrectomizzati sono tuttora viventi. Per

l'uretere lo estirpa ogni volta che lo trova dilatato: altrimenti lo cauterizza e lo lega. Così non ha mai avuta fistola persistente.

ROCHARD parla sull'*asepsi operatoria*. Loda Quenu, ma crede che esageri. Crede che un buon lavaggio e l'alcool al sublimato bastino per il campo operatorio. Per le mani crede che basti lavarsi bene e lungamente per potere operare asetticamente anche dopo di avere fatte poche ore prima un'operazione settica. Respinge l'uso dei guanti e li usa in circostanze eccezionali o ben determinate, perchè incomodi e ostacolano il tatto. Trova pericoloso frequentare le sale anatomiche. TERRIER a proposito della disinfezione delle mani dice che è facile averla solo quando non sono precedentemente infette; non è così quando sono infette da poco tempo. Le esperienze di Bazy a nulla valgono perchè il peritoneo nell'uomo ha una tolleranza differente da quella del coniglio. Un chirurgo settico deve aspettare almeno quarant'otto ore prima di fare un'operazione asettica, a meno che non si trattasse di un'urgenza assoluta. È meglio avere un personale distinto per le operazioni settiche ed uno per quelle asettiche. Si disinfetta le mani lavandole con acqua saponata sterilizzata, poi le passa in acqua pura od addizionata del 7 per 1000 di cloruro di sodio e quindi le asciuga con compresse sterilizzate. Mai opera con mani bagnate; ma si lava e si asciuga spesso le mani, perchè è sulla fine delle operazioni che le mani divengono settiche. I guanti li considera più nocivi che utili, specialmente quelli di filo.

Germania.

SOCIETÀ DI MEDICINA DI BERLINO.

Seduta del 9 *maggio.* — BENDA. *Sulla natura dei filamenti rigonfiati dell'actinomyces.* Secondo Ponfick i rigonfiamenti che si trovano ad un'estremità dei filamenti d'actinomices sarebbero in rapporto con la produzione delle spore, quest'opinione però non può essere sostenuta data la caducità di questi elementi. Secondo le ricerche dell'O., i leucociti avrebbero una certa parte nello sviluppo di queste produzioni. Vengono presentati dei preparati che mostrano la penetrazione degli actinomyces nell'interno dei leucociti.

MAX WOLFF non condivide l'opinione di Benda, egli ha osservato nelle colture d'actinomyces su agar dei piccoli bastoncini rigonfiati, che considera come rappresentanti lo stadio che precede quello delle forme in massa. Ora siccome in queste colture non esistono leucociti, così non si può ammettere l'ipotesi del Benda.

BENDA Siccome questi corpi rigonfiati non appaiono che dopo l'iniezione della coltura in un organismo animale, così crede di poter sostenere per questo la sua teoria.

WOHLGEMUTH. *Frattura della grossa tuberosità dell'omero.* Le fratture o lussazioni della spalla sono assai spesso seguite da gravi disordini funzionali. Si constata frequentemente atrofia dei muscoli della spalla e si nota uno strappamento della grossa tuberosità dell'omero. La cura consiste nel porre il braccio nell'adduzione e rotazione esterna mantenendo in contatto della testa dell'omero il frammento osseo che ne è stato staccato.

Società di Medicina Interna di Berlino.

Seduta del 7 *maggio* 1900. — Klemperer parla su di un caso di *claudicazione intermittente*. Il malato ha ostacolo a camminare per causa di crampi violenti al polpaccio destro appena fatti pochi passi. È dovuta ad una sclerosi della poplitea che restringe il vaso secondo che provò lo Charcot. Frænkel ne ha osservati varî casi e nota il danno che si avrebbe della cura meccanica. È un sintomo precursore della gangrena senile. Socalfeld l'ha costatato nell'arto inferiore.

Gluck parla sulla *sutura della carotide interna*. Egli provò la possibilità nel 1881 e Bergmann l'ha confermato. Presenta una donna, nella quale per tromboflebite settica escise la parete lesa della giugulare e ricucì con punti di sutura la parete della carotide interna che era stata interessata con guarigione, salvo lieve paralisi faciale a destra.

Kolländer afferma che la *tubercolosi della vescica* quando è consecutiva a blenorragia si deve agli strumenti infetti. Frænckel osserva che è difficilissimo distinguere i bacilli dello smegma prepurziale con quelli della tubercolosi a meno che non si ricorra alle culture. Michaelis nota che sono differenti di dimensioni e che quelli dello smegma si scolorano col metodo di Gram. Klemperer non crede sia ciò caratteristico. Casper dice che i bacilli della tubercolosi sono sempre più sfrangiati, che ricolorandoli con bleu di metile si colorano in rosso mentre gli altri in rosso bleu; sono situati in piccole escavazioni e le colture sono meno rapide di quelle dello smegma.

Inghilterra.

Società Medico Chirurgica di Londra.

*Seduta dell'*8 *maggio* 1900. — Treves parla sui *feriti nella guerra anglo-boera* e dice che un'operazione per ferita addominale può essere fatta quando il paziente viene operato poche ore dopo la ferita, che fu trasportato facilmente ed ha lo stomaco vuoto. Conviene per le ferite sotto-ombelicali estrarre il proiettile, specialmente quando vi è forte emorragia. Non deve operarsi se passarono più di sei ore dalla ferita, occorre trasporto lungo, il pasto è avvenuto, le ferite sono trasverse ed oblique sotto-ombelicali con molteplici perforazioni; ferite del fegato, milza e rene; quando il proiettile non può essere estratto.

RIVISTA DEI GIORNALI DI CHIRURGIA

Il Policlinico, 15 maggio 1900. Vol. VII. C. (fasc. 10).

Dottor Roberto Alessandro. — *Alcune osservazioni sul trattamento delle fratture della rotula antiche, guarite con callo fibroso e funzione imperfetta dell'arto.* È una rassegna minuziosa ed accurata dei diversi metodi impiegati

nella cura delle fratture di rotula, specialmente antiche. Aggiunge la relazione di un caso curato con successo, col metodo di tenoplastica del Ferraresi.

Dottor Francesco Parona. — *Contributo allo studio delle lussazioni volontarie.* L'A. riferisce la storia clinica di due suoi operati, e le modalità dell'atto operativo, illustrando l'argomento con numerose osservazioni.

G. B. De Rosa-Cotronei. — *Ricerche sperimentali intorno alla disinfezione a sco o chirurgico del retto mediante l'uso dell'acqua ossigenata.* L'A. stabilisce le seguenti conclusioni:

1.° L'acqua ossigenata discretamente acida, con una concentrazione variabile dai 6 ai 12 vol. senza essere l'ideale dei disinfettanti delle ultime vie intestinali, è usabilissima ed efficace per disinfettare il retto dell'uomo, che anzi essa è migliore degli altri mezzi ordinariamente impiegati. Ha il vantaggio di non esser tossica, non aver cattivo odore, non produrre dolore ed irritazione.

2.° La sua azione è tanto più efficace quanto maggiore ne è la quantità adoperata e la durata.

3.° Di quelle forme micotiche che non arriva ad uccidere, alle dosi medie, ne spegne completamente la virulenza.

Dottor Odoacre Torri. — *La tiroide nei morti infettivi.* Le conclusioni dell'importante lavoro sono le seguenti:

I. Si ha ipersecrezione di sostanza colloide nelle malattie infettive acute e croniche.

II. Si ha forte proliferazione epiteliale nelle malattie acute e croniche.

III. Si ha abbondante neoformazione di tessuto glandulare nelle malattie croniche, e nelle acute a decorso prolungato.

IV. Difficilmente nella tiroide si riscontrano processi inflammatori interstiziali, come ascessi , tubercoli, ecc.

V. La sostanza colloide ha la proprietà di distruggere i microrganismi.

VI. La proliferazione epiteliale e la ipersecrezione di sostanza colloide sono dovute al prodotto tossico delle infezioni, sia perchè questo si sia formato dalla distruzione dei microrganismi che avvenne nella sostanza colloidea, come risulta dalle mie ricerche, sia che questo provenga alla tiroide pel torrente circolatorio come hanno dimostrato Roger e Garnier.

Archivio Italiano di Otologia, Rinologia e Laringologia, N.° 1, Aprile 1900.

Prof. Gherardo Ferreri. — *Ascesso cerebellare di origine otitica e successivo mixo-sarcoma.* Viene riportata la storia di un ascesso cerebellare di origine otitica, il quale era stato svuotato in una prima operazione e successivamente nell'area stessa dell'ascesso si era svolto un mixo-sarcoma. L'A. fa notare l'utilità dell'intervento chirurgico in simili casi quantunque esso, grave per sè stesso nei tumori del cervello, lo sia maggiormente nei tumori del cervelletto perchè poco accessibili e perchè predominano le forme maligne.

Dott. G. Ostino. — *Un caso di crampi clonici dei muscoli palatini con rumore obiettivamente percepibile.* È interessante per la sua rarità.

Prof. Gherardo Ferreri. — *La cataforesi auricolare.* Sono esperimenti dimostranti che la terapia auricolare non può contare fra le sue efficaci risorse la cataforesi galvanica.

Dott. G. Ostino e Dott. U. Calamida. — *Contribuzioni cliniche ed istologiche nel campo della oto-rinologia.* Sono osservazioni cliniche importanti perchè non comuni.

Dott. G. Ostino. — *Un nuovo metodo di cateterismo della tromba d' Eustachio.* Esso presenta diversi vantaggi.

Prof. A. Trifiletti. — *Due casi di Sifilide terziaria dell'orecchio e terno*

Dott. G. Gavello. — *Sopra una via poco nota di diffusione dell' infezione endotimpanica all' esterno.* Si viene a dimostrare come possano esistere dei casi di epitimpanite suppurativa con esito diretto del pus all'esterno.

Dott. Giovanni Limonta. — *Resoconto statistico del 1. anno d' esercizio della Sezione Otoiatrica della Poliambulanza di Bergamo.*

Dott. G. Nuvoli. — *Contributo alla fisiologia dell' orecchio medio.* È una nota preventiva in cui sono descritte esperienze del tutto nuove.

Dott. D. Chavez Par. — *Sulla otite acuta da influenza.* E uno studio importante per l' intensità della sintomatologia e per la frequenza con cui si presenta quest'affezione.

Prof. Y. Arslan. — *Rendiconto statistico degli ammalati curati nel biennio 1898 e 1899* nel reparto Oto rino-laringologico della Poliambulanza di Padova

Prof. G. Gradenigo. — *Profilassi e cura della Tubercolosi dell' orecchio.*

Quinto congresso della Società Italiana di Laringologia, Otologia e Rinologia — Rivista scientifica — Necrologio di Giuseppe Cruber.

Annals of Surgery, n. 5 maggio 1900.

Richardson. — *Due casi di diverticolo esofageo e di osservazioni.* Nel primo caso la diagnosi fu certa, nel secondo di probabilità, e per di più questo secondo caso in cui la sacca era impiantata all' unione fra faringe ed esofago, era complicato da un restringimento esofageo a livello dell'apertura della sacca, restringimento cicatriziale dovuto all'indice esploratore. L'A. in ambo i casi ha esciso il sacco, arrovesciata la mucosa all'indentro e fatta la immediata sutura del piano mucoso con catgut, e del piano muscolare con seta. Nel secondo caso per ovviare al restringimento ha utilizzato una parte della parete del ventricolo per riparare alla breccia risultante dallo sbrigliamento dell' esofago. In ambo i casi il successo fu completo e duraturo.

Finora, dice l'A., sono stati operati circa 70 casi di diverticoli esofagei, ed il successo si è avuto solo nelle operazioni radicali con immediata e completa sutura: nei casi in cui fu lasciato un drenaggio, o si fece una gastrostomia in precedenza, il risultato fu nullo. L'A. paragona l'operazione sull' esofago a quella sull' intestino; i pericoli che la sutura ceda, che la ferita si infetti saranno maggiori, anzi minori: è più facile mantenere asettico anche l' interno dell' esofago che il contenuto intestinale: la complicazione possibile di un flemmone offre certo minori pericoli di una peritonite settica.

L'operazione va fatta precocemente: il trascorrere degli anni fa aumentare la sacca e quindi la disfagia, produce delle aderenze colle parti vicine, ed infine diminuisce il potere di resistenza dell'individuo.

Rogers. — *Stenosi laringea post-difterica (continuata intubazione, e continuata presenza della cannula di tracheotomia).* L'A. in base allo studio della letteratura e di 7 casi proprî comunicatigli da varî medici giunge alla con-

clusione che nei casi di intubazione in cui è resa necessaria la permanenza del tubo a lungo, o la tracheotomia per stenosi laringea, questa raramente è data da ulcerazioni, granulazioni, cicatrici, necrosi della cartilagine cricoide, direttamente imputabili alla intubazione, ma che la causa più comune di una stenosi post-difterica necessitante una intubazione continuata per lungo tempo è una ipertrofia del tessuto subglottideo accompagnata da infiammazione cronica.

In base a numerose statistiche ritiene che la frequenza di stenosi post-difteriche in seguito ad intubazione sia dall'1 %.

Il loro trattamento colla apertura mediana della tiroide e cricoide ed esportazione del tessuto ostruente non dà successo. Il metodo migliore è di adoperare larghe canule da intubazione speciali di O'-Dwyer, ricoperte di una sostanza astringente.

Beckman Delateur. — *Contributo alla chirurgia dello stomaco.* L'A. riporta due casi di ferite dello stomaco, tre di gastrostomia, due casi di gastro-enterostomia, ed un caso di gastroectomia totale per carcinoma; quest'ultimo caso è interessante, perchè riporta l'autopsia della paziente morta 21 mesi dopo l'operazione.

Halstead. — *Caso di guarigione dopo legatura della prima porzione della arteria succlavia destra per aneurisma della terza porzione.* La succlavia destra che avea un'origine anomala fu legata con catgut alla formaldeide. La guarigione si ebbe per primam e fino a sette settimane dopo l'operazione non eravi pulsazione dell'aneurisma.

L'A. crede che il successo nel suo caso sia dovuto alla perfetta antisepsi: il suo caso sarebbe il secondo di guarigione dopo legatura dell'arteria succlavia destra: l'altro è il caso di Curtis (1898).

Winslow. — *Completa lussazione esterna del gomito.* Col mezzo dei raggi X fu determinata la lesione precisa, che l'A. classifica quale sub-epicondiare, e fu fatta la riduzione cruenta. L'A. crede che la riduzione sia da farsi il più presto possibile dopo l'accidente.

Bullit. — *Caso di actinomicosi polmonare umana.* L'A. riporta diffusamente la storia clinica, il reperto anatomo-patologico e l'esame istologico.

Wilson. — *Caso di cancrena superficiale bilaterale con lesioni asimmetriche.* La cancrena era di origine centrale, e, dopo variati tentativi di cura si dovette ricorrere all'amputazione dell'arto inferiore.

Broks Brighaus. — *Lussazione della spalla complicata con frattura del collo anatomico dell'omero.* L'ammalato di 34 anni fu operato sei mesi dopo l'accidente: venne asportato il pavimento della testa dell'omero mobile nella cavità glenoide: l'ammalato ricuperò il 75 % della forza e mobilità del braccio (sinistro). L'articolo è accompagnato dalla radiografia.

Revue de Chirurgie. N.° 5, 10 maggio 1900.

Quénu. — *Ferite del retto.* Esse vengono divise in due gruppi, il primo comprende le ferite date da strumenti pungenti, taglienti e contundenti, il secondo le ferite date da armi da fuoco.

Nella grande maggioranza dei casi il corpo di cui si parla nel primo gruppo penetra dalla regione ano-perineale, sia introducendosi addirittura nel retto per l'orificio anale, sia arrivandovi dopo di aver attraversato le fosse ischio-rettali o la regione coccigea. Riguardo all'anatomia patologica

l'A. divide le ferite ano-rettali in ferite della porzione non peritoneale e in ferite della porzione peritoneale del retto, di cui le prime sono molto più frequenti. Dopo di aver descritto il modo di cicatrizzazione e i sintomi della ferita del retto passa a trattare della cura. Nelle ferite senza lesione peritoneale la prima indicazione è di arrestare l'emorragia, di fare la pulizia levando i corpi stranieri che vi si trovano e di metterla nelle migliori condizioni d'asepsi possibile, ricorrendo, se occorresse per far ciò, alla dilatazione preventiva degli sfinteri sotto la narcosi cloroformica. Nelle ferite complicate con un'apertura della vescica le osservazioni provano l'efficacia della sonda a permanenza; assicurare il libero e continuo scolo dell'orina è l'indicazione principale. Nelle ferite penetranti nel peritoneo la cura che s'impone è la laparotomia e la sutura della soluzione di cóntinuo.

In quanto alle ferite da armi da fuoco si può riassumere: 1.° Che nella grande maggioranza dei casi le perforazioni del retto si accompagnano con fratture pelviche; 2.° che nei casi ove la cintura pelvica è rispettata, la palla passa o da un'incisura sciatica all'altra o da un'incisura sciatica al foro otturatore del medesimo lato e viceversa o dalla grande incisura sciatica di un lato al foro otturatore del lato opposto. Si può avere anche perforazione della vescica. In quanto alla cura bisogna assicurare lo scolo dei liquidi settici che facilmente si qossono formare, sbrigliare la ferita, disinfettare il focolaio, drenarlo, mettere la sonda a permanenza se la vescica è interessata, facilitare il libero scolo delle materie dall'ano.

Féré. — *Nota sull'embriotomia teratologica.* In questo lavoro si tende a dimostrare coll'appoggio di esperimenti fatti sulle ova di pollo che, contrariamente all'idea di Dareste, le sezioni dell'embrione possono prodursi anche escludendo la compressione dell'amnios, la quale si produce quando esso s'arresta nel suo sviluppo mentre l'embrione continua a crescere.

Albert Mouchet — *Le fratture del collo del radio.* Delimita dapprima la regione intendendo per collo del radio quella porzione ristretta di forma cilindrica che sostiene la testa del radio e che è limitata inferiormente dalla tuberosità bicipitale. Nella parte anatomo-patologica del lavoro, l'A. discute sulla maggiore o minore probabilità che queste fratture siano associate ad altre fratture delle ossa del cubito e, siano chiuse o aperte, complete o incomplete: parla delle lesioni dei legamenti, dello spostamento dei frammenti e del meccanismo della frattura. Fra i sintomi bisogna considerare l'attitudine del membro, essendo il cubito flesso ad angolo ottuso o retto e la mano in proiezione. Vi si aggiunge il gonfiore delle parti molli, l'ecchimosi, il dolore. Possono mancare la mobilità anormale e la crepitazione; in quanto ai movimenti, quello di supinazione è impossibile.

La complicazione più importante è la consolidazione viziosa dei frammenti. Riguardo alla cura, bisogna fare il massaggio e mobilizzare la frattura quotidianamente senza preoccuparsi di eseguire una riduzione talvolta impossibile a farsi, talvolta impossibile a mantenersi. È illusorio di voler contenere i frammenti con una fasciatura qualunque. Se dovesse rimanere, malgrado una cura ben diretta, una consolidazione viziosa, il chirurgo non deve esitare a fare con una incisione esterna l'osteotomia del collo del radio; il solo inconveniente che può risultare da questa operazione consiste nel prodursi dopo un certo tempo un grado leggero di cubito valgo, al quale non bisogna dare alcuna importanza. Ad illustrazione del lavoro se-

giono alcune osservazioni cliniche dell'A. accompagnate da immagini radiografiche.

M. Vallas. — *Dell'osteotomia mediana dell'osso ioide come mezzo di arrivare alla parte inferiore della faringe e alla base della lingua.* Riportiamo le conclusioni: 1.° L'osteotomia mediana dell'osso ioide è un'operazione semplice, facile ed essenzialmente benigna. 2.° Permette di penetrare nella faringe e mette in luce la parte inferiore di quest'organo ed il vestibolo laringeo maggiormente che la faringotomia sotto-ioidea di Malgaigne. I corpi stranieri, i tumori benigni enucleabili, i cancri limitati dell'epiglottide e soprattutto i restringimenti gravi sifilitici della regione costituiscono le indicazioni della faringotomia trans-ioidea. 3.° Essa facilita molto l'ablazione dei tumori intra-muscolari della base della lingua, l'estirpazione dei quali per la via sotto-ioidea laterale è sovente laboriosa. 4.° Essa permette l'amputazione totale della lingua nei casi di cancro della parte posteriore dell'organo. L'amputazione trans-ioidea è completa e presenta minore gravità che gli altri metodi per vie artificiali. 5.° L'osteotomia dell'osso ioide non presenta alcun inconveniente lontano: essa non lascia in seguito nè deformità nè incomodo funzionale.

Annales des Maladies des Organes génito-urinaires, n. 5 maggio 1900.

Guyon. — *Emorragia e stillicidi sanguigni della prostata.* Dimostra che 1.° i giovani non hanno stillicidî sanguigni prostatici, o lievi; 2.° che le malattie infiammatorie della prostata non dànno stillicidio sanguigno; 3.° che i vecchi colpiti da ipertrofia sanguinano facilmente dalla prostata. Il sanguinare può essere spontaneo come nei cancerosi o sarcomatosi, e in special modo pel cateterismo.

L'accidente principale dell'emorragia prostatica, lieve o grande, è la ritenzione di sangue e di orina. I grumi vanno sempre aspirati, la sonda a permanenza è il complemento indispensabile del vuotamento.

Ténedat. — *Delle fistole uretro-rettali.* 1.° La fistola è la conseguenza dell'apertura simultanea nell'uretra e nel retto di un ascesso blenorragico della prostata. 2.° Il miglior mezzo di evitare queste fistole è l'incisione precoce fatta dal perineo. 3.° Compiutasi la comunicazione uretro-rettale conviene lottare contro la sua organizzazione in fistola e perciò prevenire il passaggio dell'orina e del contenuto intestinale. 4.° Talora l'ignipuntura può restringere, ma non obliterare completamente il tramite fistoloso. 5.° La cura dalla via rettale previo cruentamento, simile a quello del metodo americano per le fistole vescico-vaginali, è difficilissimo. 6.° Conviene resecare le masse sclerotiche dopo incisione entero-posteriore mediana, fendendo ampiamente il restringimento.

Alessandri. — *Ricerche sperimentali sulla legatura dei vari vasi dell'ilo renale nei suoi rapporti con la fisiologia e la chirurgia del rene.* Nella legatura o nella trombosi dell'arteria renale, i disturbi gravi che si producono nei primi giorni sotto l'influenza della cessazione dell'afflusso sanguigno dall'afferente possono condurre in certi punti dei fenomeni di necrosi completa per infarto, o della sclerosi interstiziale, mentre che in altri punti i disturbi scompaiono compensati dallo sviluppo graduale di una circolazione arteriosa collaterale. In questi punti, specialmente negli strati superficiali della sostanza corticale e nelle zone vicine della base delle pira-

midi, la compressione può essere, a capo di un certo tempo, sufficiente per ridare al rene la sua struttura quasi normale, per determinare delle apparenze di rigenerazione epiteliale, e ristabilire di sicuro la funzione all'organo.

CHIARENTONE. — *Innesto extraperitoneale di un uretere nella vescica per mezzo di un bottone anastomotico modificato per la cura di una fistola ureterica con gravi alterazioni funzionali del rene.* Caso clinico, seguito da guarigione.

Revue de Gynecologie et Chirurgie abdominale, N. 2, Marzo ed Aprile, 1900.

POZZI. — *Nota su quattro nuovi casi di torsione della tromba cistica. Piosalpingite unilaterale. Piosalpingite bilaterale. Gravidanza tubarica.* Sono quattro casi clinici.

REVERDIN. — *La trazione nell'utero fibromatoso durante l'isterectomia addominale totale.* Loda questo metodo poco adottato dai chirurghi, e tanto utile perchè reclama minori assistenti, minori manipolazioni, facilità di smuovere la massa e semplificazione degli ultimi tempi dell'operazione.

ZIMMERIN. — *Cura dei fibromi con l'elettricità.* Afferma che il tumore diminuisce o cessa di crescere, e ciò dalla periferia o dal centro in virtù dell'azione interpolare della corrente elettrica. La scomparsa totale è l'eccezione.

DELORE. — *Cura dell'ano colo-vaginale.* È un processo di esclusione dalla via perineale con abbassamento del capo superiore fistoloso. Ma non è che un processo di eccezione o di necessità.

FONTAN. — *Migrazioni termiche degli ascessi del fegato. Loro cura chirurgica.* Le vie dalle quali si può aggredire l'ascesso sono: 1.° Ricerca diretta dell'ascesso. A. Traspleurale con resezione di una sola costa dopo puntura indicatrice. B. Trauspleurale con resezione delle due coste ed incisione curva esploratrice. C. Transpleurale a grande sportello. 2.° Ricerche ricorrenti o per il collo. A. Esplorazione sotto diaframmatica sino al collo dell'ascesso. B. Esplorazione sopra-diaframmatica scollando il polmone. 3.° Casi particolari. A. Incisione superiore che attacca direttamente il polmone. B. Incisione para-vertebrale che attacca il mediastino.

Revue d'Ortopedie, N.° 3 Maggio 1900.

PIGNÉ e COLOMBANI. — *Studio sul torace ad imbuto (tipo Ebstein).* Il torace ad imbuto è una deformità sternale, vera cifosi congenita dello stesso, essendo cambiato solo l'asse dell'osso; l'imbuto è situato sulla linea mediana anteriore ed il suo punto più profondo corrisponde abitualmente all'articolazione meso-sterno-xifosternale; la profondità varia dai 5 ai 7 centimetri, di forma circolare simmetrica: non risente della forma generale esterna della gabbia toracica, ma dà luogo a disturbi funzionali, eccetto in casi di versamento dorsale sinistro essendovi allora gravità per compressione eccessiva del cuore. Si ha nei degenerati.

MORESTIN. — *Frattura-lussazione dell'estremità esterna della clavicola.* Vi era spostamento sopra-spinoso irriducibile del frammento lungo formato dall'osso quasi intiero. L'operazione viene eseguita dopo tre mesi ottenendo guarigione.

DARTIGNES. — *Frattura da causa indiretta della prima falange dei quattro primi diti.* Caso clinico.

KIRMISSON. — *Artropatie dei due ginocchi e delle due articolazioni tibio-tarsiche.* Era in una malata che aveva anche angiomi interni multipli ed un encondroma del quinto dito della mano sinistra.

BONQUET. — *Cura del male di Pott e raddrizzamento progressivo della gibbosità per decubito addominale prolungato.*

KIRMISSON. — *Deformità multiple delle dita in un reumatizzato.* Alluce valgo e clinodactilia.

KIRMISSON. — *La cura della coxalgia e la resezione dell'anca.* È la discussione avvenuta alla Società di Chirurgia di Parigi, e di esso fu reso conto.

Annales de Gynecologie et d'Obstètrique, Maggio, 1900.

GONBAROFF. — *I vantaggi d' operare senza anastomosi preventiva.* Sarebbero: 1.° facilità di distinguere i tessuti e la loro topografia, la qual cosa aumenta la precisione e la sicurezza dei diversi tempi dell'operazione; 2.° mancanza di emorragia venosa; 3.° emostasi sicura, impossibilità di emorragia secondaria; 4.° quantità minima di legature, minore probabilità di infezioni; 5.° si possono discernere i particolari patologici e topografici che sarebbe assolutamente impossibile apprezzare dopo una legatura che compresse i tessuti; 6.° si evita qualunque tensione dei tessuti e qualunque compressione che potrebbe risultarne, cosa che non potrebbe avvenire dopo una legatura in massa.

PINARD. — *Nuovi documenti per servire alla storia dell'appendicite nei suoi rapporti con la gravidanza.* La diagnosi dell'appendicite può farsi sulla maggioranza di casi nella donna incinta. Il punto principale è di pensare alla possibilità di quest'affezione.

RICHELOT. — *La sclerosi inferiore e la vera metrite.* Sostiene: 1.° l'inutilità della cura locale della nefrite in un grande numero di donne che siano delle artritiche nervose ed il cui utero non è infetto; 2.° l'inutilità della terapia intra-uterina in un grande numero di metriti infettive croniche; 3.° l'importanza relativa della nefrite cervicale e della sua cura.

BANDRON. — *Torsione del peduncolo di un idrosalpingite destra coincidente con la rottura di una gravidanza tubaria sinistra. Laparotomia. Guarigione.* Caso clinico.

Centralblatt für Chirurgie, N.° 18-19-20-21.

STEIN. — *Di una trapanazione del cranio, senza pericoli mediante un nuovo protettore (a forma di coppa), e un nuovo perforatore bottonuto.* La trapanazione viene praticata con un trapano a mano di E. Braatz, ma si può naturalmente usare un trapano a piacimento, e cioè nel modo seguente: Dapprima viene perforato l'osso fino ad una certa profondità con un tampone a forma di lancia, e per questo si usa un tagliente con una punta nel mezzo, e, ancor meglio, per evitare pericoli, che sia conformata ad angolo ottuso (larg. 10 mm., lung. 63 mm.). Pertanto, per non spingerci troppo in giù, verso la cavità cranica, il trapano viene all' uopo armato di un protettore conico a forma di cestello (coppo), in modo che la punta del trapano non sporga, più di un millimetro da un anello posto alla parte inferiore del protettore, che ne forma la base.

Appena il trapano, che è avvitato al protettore è giunto ad una certa profondità, quando l'anello tocca la vôlta cranica, viene impossibilitata una ulteriore penetrazione. Allora si sposta il protettore di 1-2-3 mm. in su

(ma verso lo spessore della teca cranica) e si riprende l'operazione di trapanamento. In questo modo protrae l'operazione per 1-2 minuti, fino a che si arriva a produrre una piccola apertura nella lamina vitrea. Allora si sostituisce al primo un trapano bottonuto (larg. 10 mm., lung. 65 mm.), il quale, invece della punta, possiede un bottone cilindrico coll'orlo tagliente e che scende diagonalmente (obliquamente?) In un ultimo tempo si procede così alla perforazione della rimanente parte dell'osso (compiendo così la trapanazione periferica), dapprima si abbassa sempre più e a poco a poco il bottone, perforando anche la dura madre mentre il protettore remuove ogni possibilità di una rapida penetrazione nella cavità cranica; e, per avere una misura della penetrazione interna, si inalzerà di tratto in tratto e di piccole altezze l'apparato di guardia, assicurandosi ogni volta, e questo si può fare mediante una vite (rivestita), perchè questa è sufficiente ad arrestare il trapano.

Haegler. — *Sulla chiusura del lume intestinale con sutura a borsa da tabacco.* Ne vanta la bontà anche per la sua sollecitudine.

Elsberg. — *Un nuovo e semplice metodo di sterilizzazione del catgut.* 1.° Dopo di avere tenuto il catgut nel cloroformio od etere si fissa in rocchetto di vetro; 2.° questi rocchetti si tengono in una soluzione calda di ammonio solforico per 10,30 minuti (per il catgut cromico si usa una soluzione di acido cromico all'1: 1000); 3.° per circa mezzo minuto si mettono in acqua calda o fredda sterilizzata o soluzione carbolica od al sublimato; 4.° finalmente si pone in alcool. Rende conto delle esperienze batteriologiche di controllo eseguite.

Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Band 55. Heft 3-4 Aprile 1900.

XI. Enderleben. — *Riparazione della perdita di sostanza dello stomaco con la trapiantazione dell'omento.* Ricorda i casi di Braun e Bonnet, e poi accenna che la migliore cosa è rinforzare la sutura con trapianti di omento, badando però che nelle vaste riparazioni l'adesione dei margini spesso non si verifica e la rigenerazione non avviene. Si faccia attenzione alle suppurazioni. Conclude: 1.° La chiusura della perdita di sostanza dello stomaco è possibile col trapianto dell'omento. 2.° Nella perdita di sostanza prodotta sperimentalmente vengono rimpiccolite dalla contrazione dello stomaco e dal raggrinzamento del tratto di omento trapiantato. 3.° L'omento trapiantato si copre di epitelio cilindrico alto. 4.° Dopo sei settimane si può osservare la formazione di tubi che hanno diversa altezza e talora sono contorti. 5.° Anche dopo 68 giorni non si vedono cellule di rivestimento.

XII. Stierlin. — *Ferita striata del cranio per arma da fuoco con fratture isolate della base.* Caso importantissimo controllato alla necrosopia. Erano fratturate tutte e due le volte orbitali in forma ovale. Nel lobo frontale corrispondente alla frattura vi era un focolaio contusivo ovale-superficiale. Vi era frattura delle vòlte orbitali.

XIII. Noesoke. — *Cellule eosinofile e midollo delle ossa, in specie nelle malattie infettive chirurgiche e dei tumori.* Sembra che scarsezza di cellule eosinofile si debbano avere nelle infezioni a decorso rapido e con rapido decadimento delle forze. Infatti nella tubercolosi miliare subacuta e cronica il numero delle cellule eosinofili contenute negli organi interni è piccolo, e del pari sono scarse nei percorsi infettivi a decorso rapido, e nei tumori

non comunicanti coll'esterno e che non presentano fatti infiammatori o reattivi. Sono molte nei tumori delle mucose ed in quelli ulcerati mentre non ci sono nelle metastasi. Si trovano pure nei tumori duri, connettivali, non comunicanti coll'esterno, trovandovi tracce di infiammazione pregressa ed esistente. Predispongono talora infiammazioni della cute e della mucosa. Noescke pensa che una parte delle granulazioni eosinofile perisca nella lotta contro l'infezione e che una parte venga riassorbita, o subiscono metamorfosi regressive. La scomparsa delle cellule eosinofile sarebbe segno prognostico infausto, ed il loro aumento nel sangue nei tessuti o nei secreti non avrebbe importanza. L'aumento non manca mai nella leucemia miologena. Debbono le cellule eosinofile riguardarsi come mezzi di protezione dell'organismo, la quale non consiste in un'azione fagocitaria, ma nella resezione di sostanze antibatteriche. I granuli sono destinati a divenire liberi nei tessuti, e questa è una delle importanti funzioni dei leucociti polinucleari. Queste cellule per l'Ehrilich derivano dal midollo delle ossa, e per Müller, Rieder, Finck dall'aumento locale nel sangue e nei tessuti. La teoria di Ehrilich avrebbe una importanza capitale.

XIV. Bliesener. — *Dei risultati funzio ali ottenuti nelle fratture degli arti inferiori col metodo di estensione di Bardenheuer.* La sua statistica nota che serve questo metodo benissimo negli Ospedali, essendo anche più facile la sua applicazione di quella degli apparecchi gessati, tanto più che non si ha nemmeno bisogno della narcosi, eccetto in casi eccezionali come la frattura sopracondiloidea del femore con lussazione. L'esame giornale serve poi di controllo. I letti adoperati sono lunghi da 2.10 a 2.40 e larghi 0.85. Le striscie di sparadrappo debbono essere messe con cura, evitandosi così anche gli eczemi. Rammenta poi il massaggio dei muscoli e delle articolazioni.

XV. Deutschländer. — *Della chiusura acquisita del condotto uditivo e sua cura operativa.* Può avvenire per malattia dell'orecchio, per traumi, per cure male riuscite. Fra le malattie devono porsi in prima linea la suppurazione e la difterite dell'orecchio, i raggrinzamenti cicatriziali sifilitici e la gangrena multipla del padiglione dell'orecchio. Fra i traumi le ferite di arma da fuoco e le fratture della base, le causticazioni. Fra le cure male riuscite vi è lo scalpellamento dell'apofisi mastoide. L'atresia può essere parziale o totale, ed avere sede in varì punti del condotto uditivo. I disturbi consecutivi all'atresia sono la diminuita acuità uditiva e stasi del secreto. Nelle atresie rilevanti Corradi propose distaccare il padiglione ed il dotto uditivo membranoso nel suo canale osseo, ed escidere dalla porzione posteriore un tratto corrispondente, Kòrner stacca il padiglione dell'orecchio, solleva il dotto uditivo dal suo canale osseo, e con due tagli longitudinali forma della parete del condotto uditivo posteriore un lembo che viene spinto indietro e zaffato contro il margine posteriore della ferita. Se il canale osseo è ristretto si allarga con lo scalpello.

XVI. Gerulanus. — *Contributo ai dermoidi del pene.* Il Kocher li distinse a contenuto sieroso, ed i veri ateromi che hanno sede in vicinanza del rafe. Gerulanus li divide in quattri gruppi: cisti epiteliali traumatiche; adenocisti, così i veri neoplasmi che probabilmente traggono origine dalle glandole sebacee; ateromi nel senso stretto della parola o cisti follicolari della cute; dermoidi che si presentano in tutta la regione del rafe genito-perineale.

XVII. Burckhardt. — *Della peritonite acuta progressiva e della sua cura chirurgica.* Differenzia la peritonite diffusa dalla circoscritta, ed ammette che la diffusa è preceduta da uno stato morboso per cui non si conviene il nome di diffusa o generale. In molte operazioni trovò il peritoneo sano, specialmente sugli ipocondrici, confermando le idee di Lennander, il quale differenzia la peritonite a seconda che si sviluppa al disopra o al disotto del colon trasverso, la quale ultima può essere del centro o della periferia dell'addome. Alla necroscopia dei casi di sepsi peritoneale si trova deposito purulento o fibrino-purulento in vicinanza del punto che si riguarda come il focolaio infettante, mentre nei punti più lontani non vi è che un leggero strato di fibrina. La caratteristica della peritonite diffusa è quella della sua progressività, ed infatti è questo l'appellativo che le dà il Mikulicz, con l'aggiunta di icorosa, purulenta, sierosa, settica. Dal punto di vista anatomo-patologico distingue quattro varietà, e cioè: 1.° infezione ed infiammazione peritoneale per irruzione di materiali infettivi nel peritoneo prima che esistano adesioni limitanti. 2.° Perforazione di un focolaio infiammatorio intraperitoneale incassulato derivante da un focolaio sotto-peritoneale. 3.° Diffusione dell'infiammazione da un focolaio extraperitoneale od intraperitoneale, ma incassulata al peritoneo sano, lungo le vie linfatiche, per continuità. Vi appartengono molti casi di epitiflite. 4.° Infezione proveniente da un focolaio infiammatorio già esistente per via meccanica, essa avviene in talune operazioni. La diagnosi di queste forme si fa per la paralisi intestinale, meteorismo, vomito, dolorabilità diffusa dell'addome ed espressione particolare del volto. In generale può affermarsi che quanto più gravi sono i sintomi dell'affezione che ha dato luogo alla peritonite progressiva, tanto più facilmente passa inosservata nei momenti in cui l'infiammazione si diffonde alla cavità peritoneale. Coll'operazione possiamo ricercare di eliminare il focolaio infettivo primitivo, ed impedire il passaggio ulteriore di materiale infetto nella cavità addominale; allontanare le raccolte fattesi, ma ciò in modo limitato perchè il peritoneo ha la proprietà di produrre, dinanzi ad uno stimolo meccanico o chimico, un'infiammazione adesiva del peritoneo. Se non si riesce ad eliminare tutto questo, il tentativo è inutile. Si può e si deve operare anche nelle forme maligne, essendo compito del chirurgo evitare la formazione di un ascesso intraperitoneale.

XVIII. Perthes. — *Della stasi da compressione.* È un caso, nel quale si ha edema ed emorragie multiple al capo ed al collo, sommando tutti i sintomi di aumentata pressione. Tutto scomparisce in breve. Gli esperimentò nulla hanno detto per schiarire i fatti.

XIX. Sük. — *Sulle ferite d'arma da fuoco nella guerra dei Boeri.* Accenna alla frequenza di aneurismi arteriosi-venosi ed alle varici, curati con la legatura al disopra e al disotto del sacco. Ci furono molte ferite mortali perchè prodotte a breve distanza, e una forte emorragia e skock.

XX. Helferich. — *La gastrostomia come operazione ausiliaria prima delle operazioni sulla faringe e sull'esofago.* In tal modo si possono alimentare i pazienti ed eliminare la funzione della faringe e dell'esofago, agevolandosi poi così la guarigione.

XXI. *Bibliografia.*

Beiträge zür klinischen Chirurgie, fas. 26, primo fascicolo.

I. Küttner. — *Sul carcinoma del pene e sulla sua diffusione per le vie linfatiche,* (*Clinica Chirurgica di Tübingen,* prof. Bruns).

L'A. in questo suo pregevolissimo lavoro, perchè tratta la questione in modo completo e sotto tutti gli aspetti, dopo aver descritto minutamente l'anatomia delle vie linfatiche del pene, i dati anatomo-patologici e clinici dei carcinomi, rilevati i sintomi e date le norme per la diagnosi, veniva alla conclusione che per essere considerato maligno un carcinoma al pene deve avere le seguenti caratteristiche: 1.° un rapido accrescimento locale; 2.° quando il carcinoma è passato nei corpi cavernosi del pene; 3.° quando si è manifestato un ingrossamento alle glandole vicine per un bruciore primario del pene che è ancora piccolo; 4.° quando il carcinoma del pene colpisce un individuo giovane; 5.° quando sopravvengono emorragie dell'uretra o del tumore ulcerato. Questo lavoro è seguito da 60 storie e da 4 tavole.

II. Hahn. — *Un tumore all'ombelico della grossezza di un ovo di colomba* (*dalla Clinica Chirurgica di Tubinga,* prof. Bruns).

Fa la descrizione di un caso in cui si trovò un tumore all'ombelico; è importante per la grossezza di detto tumore non ancora riscontrato tale nella letteratura.

III. Plattner. — *Un caso di aneurisma all'arteria brachiale guarito in seguito ad estirpazione del sacco* (*Clinica Chirurgica di Innsbruck* prof. Hacker).

È la descrizione di un caso interessantissimo pel chirurgo.

IV. Scheib. — *Sulla osteogenesi imperfetta* (*Clinica Chirurgica di Strassburgo,* prof. Madelung).

Nella osteogenesi imperfetta l'A. comprende i casi in ordine con arrestamento nella formazione dell'osso, e poi un riassorbimento delle trabecole ossee neoformate. Questi due aumenti della malattia, arrestamento nello sviluppo della sostanza ossea e riassorbimento successivo, l'A. spiega essere in intimo rapporto tra di loro. Facendo la storia di un suo caso egli distingue prima se possa la sua malattia riferirsi a condrodistrofia fetale, o rachitide, o osteomalacia od osteocondrite; conchiude però trattarsi di quella osteogenesi imperfetta che già *Vrolik* ebbe a distinguere dalla così detta rachitide fetale. Egli illustra il suo caso spiegando la genesi dell'affezione.

V. Deetz. — *Due casi di malattie rare delle ossa* (*Clinica Chirurgica di Strassburgo,* prof. Madelung).

È la descrizione di un caso di cisti alla tibia e di ematoma subperiosteo all'osso iliaco di destra.

VI. Kümmell — *Sulla cucitura circolare dei vasi nell'uomo* (*Ospedale di Hamburgo Eppendorf, reparto chirurgico,* dott. Kümmell).

Facendo la storia di due casi viene alla conclusione che la cucitura circolare delle arterie e delle vene nell'uomo dà risultati soddisfacenti e pieni di successo.

VII. Löwenstein. — *Sulla idiozia microcefalica ed il suo trattamento chirurgico secondo Lannelongue* (*Clin. Chir. di Heidelberga*).

È una critica che l'A. muove al metodo dell'intervento chirurgico nella microcefalia proposta dal chirurgo parigino Lannelongue al Congresso chirurgico francese del 1891. Pei diversi casi di microcefalia od arresto di sviluppo cerebrale, od epilessia, egli propose due metodi di operazioni nella teca cranica; la *craniectomia lineare* che decorre parallela, un centimetro all'infuori del seno longitudinale superiore, e la *craniectomia* a lembi.

L'A. riporta molti casi osservati, e descritti dagli autori, fa una critica acerba alla teoria per conchiudere che l'ipotesi è falsa, e che tale intervento chirurgico o dà la morte, o quando evita questa non dà nessun risultato di miglioramento psichico.

VIII. Wagner. — *Sulla causistica delle necrosi del pancreas e del tessuto adiposo addominale* (*Ospedale di Karlsruhe rep. chir.*, prof. Beck).

L'A. dimostra come le affezioni al pancreas sieno la causa della necrosi del tessuto adiposo, come le necrosi del pancreas originino in seguito a traumi o a pancreatiti emorragiche o purulente, all'ateromasia dei vasi, ed in alcuni casi al diffondersi di processi ulcerosi degli organi vicini; tra le affezioni del pancreas è la necrosi della ghiandola la causa più frequente di necrosi adiposa. Il reperto accidentale di bacteri nelle necrosi adipose non deve considerarsi come caratteristica di una malattia preesistente di natura bacillare. L'azione del pancreas sulla necrosi adiposa avviene o per contatto diretto dei suoi secreti col tessuto adiposo, o per via di rapporti non ancora ben noti tra pancreas ed adipe addominale.

IX. Kolmus. — *Sul trattamento chirurgico del Caput obstipum spasticum* (*torcicollo spasmodico*) (*Clinica Chirurgica di Praga*, prof. Wölfler).

Riassumendo i resultati delle 95 operazioni fatte dall' A. in casi di torcicollo spasmodico, si hanno questi resultati: di 11 casi trattati collo stiramento del nervo accessorio si ebbero 3 guarigioni; di 68 casi con resezione del N. accessorio si ebbero 23 guarigioni. In 15 casi, oltre che la resezione dell'accessorio si fece quella del nervo cervicale (in 13) o del N. sterno-cleido-mastoideo (in 2). Guarirono i due di quest'ultimo, e 10 del primo trattamento.

X. Brunner. — *Sulla recidiva del gozzo e l'operazione* (*Kantonsspital Münsterlingen*, medico primario dott. Brunner).

L'A. tratta estesamente questa dibattuta questione, prima delle vere genuine recidive locali in seguito a enucleazione, ad estirpazione o resezione, poi delle neoformazioni di struma ghiandolare dopo l'operazione delle parti della tiroide non operate; e risponde poi a varie domande: come si constatino recidive a risultati di operazioni ottimamente riescite, ecc.

Beiträge zur klinischen Chirurgie, Vol. 26.°, 2.° fascicolo.

XI. Respinger. — *Ricerche sulla contagiosità della risipola* (*dalla Clinica Chirurgica di Basilea*, prof. Hildebrand).

Sebbene dopo le dispute vivaci della metà del secolo, la questione della contagiosità dell'eresipela taccia da molti anni, nella pratica ha però il

tenuto sanzione da tutti i medici, i quali cercano sempre di isolare l'ammalato onde impedire la diffusione del morbo. Ciò però che nessun libro ancora ci dice chiaramente è il modo di diffusione del contagio, quesito cui si evitò sempre di rispondere sino ad ora. Per esaurire tale inchiesta occorre stabilire se è il virulento streptococco l'agente dell'eresipela.

L'A. dopo le culture fatte in 17 casi osservati di eresipela lo esclude assolutamente. Dunque ne conchiude che essa appartiene a quella categoria di malattie da infezione delle ferite (flemmone, linfangioite, pioemia) le quali tutte possono ovviarsi mediante la rigorosa asepsi. Essa appartiene alle malattie settiche, senza però avere alcun speciale carattere da essere isolata.

XII. KAYSER. — *Studi esperimentali sull'infezione degli spari delle armi da fuoco* (*Ospedale di Amburgo-Eppendorf, rep. chirurgico*, dott. KÜMMEL).

Il trattamento delle ferite da sparo ha nel corso dei secoli molti mutamenti. L'A. dopo aver passato in rivista i varî metodi, ed esperimentato sul miglior trattamento di esse ferite ne conchiude che noi teoricamente, dobbiamo ritenere come infettive le ferite da armi da sparo. In pratica il pericolo non è grave, se l'organismo è capace di per sè di difendersi da una certa quantità di germi infettivi. Ciò nonostante noi dobbiamo scegliere il trattamento *aperto* della ferita, poichè esso non solo dà buoni risultati nella pratica, ma anche teoricamente parlando è il metodo ideale nella cura delle ferite.

XIII. JUDECK. — *Sul dito a martello* (*Ospedale di Amburgo-Eppendorf*).

Il *doigt à ressort*, come lo chiama NOTTA-NÉLATON, consiste in quella speciale affezione del dito per cui, mentre esso compie un determinato movimento, s'arresta ad un tratto senza poter compierlo come le altre dita sane.

Il luogo dell'impedimento deve in varî casi ricercarsi nelle articolazioni (König, Poirier) in altri nella muscolatura (Carlier, Féré). La vera malattia di Notta-Nélaton però risiede nei tendini. Illustrando molti casi osservati l'A. conchiude che si tratta quasi sempre di assottigliamento dei tendini, o un mutamento nella loro costituzione, verosimilmente di atrofia. I casi in generale guariscono spontaneamente.

XIV. JAHN. — *Sopra le fistole dell'uraco* (*Clinica Chirurgica di Breslavia*, prof. MIKULICZ).

La fistola dell'uraco si manifesta quando, essendo normali le pareti dell'addome, l'urina, invece di escire per le vie naturali, esce dall'ombelico per imperfetta obliterazione dell'allontoide.

L'A. si propone però di ricercare la causa dell'essere l'uraco rimasto aperto. Per la cura nelle fistole dell'uraco sia congenite che acquisite, basta alla nascita, o nella primissima età la compressione o la cauterizzazione. Qualora ciò non serva, e nei casi di età avanzata, bisogna ricorrere all'estirpazione radicale della fistola.

XV. HOFMEISTER. — *Sopra una forma insolita di actinomicosi dell'intestino cieco* (*Clinica Chirurgica di Tubinga*, prof. BRUNS).

L'A. illustra due casi di tumore al cieco in cui, esclusa la tubercolosi e la peritiflite, trovò trattarsi di actinomicosi; cioè di un'enorme neoplasia di

tessuto connettivo colle caratteristiche dell'actinomicosi cronica. Dati tumori sono di natura relativamente benigna; però non si esclude la possibilità di un' infezione mista o di una troppo energica lesione degli actinomices che potrebbero dare al tumore un carattere maligno.

XVI. De Francisco. — *Sull'infiammazione dell'ernia senza strozzamento* (*Clinica Chirurgica di Heidelberg*, prof. Czerny).

L'A. illustra una sessantina di casi operati di ernia infiammata senza strozzamento, di cui 6 di pura infiammazione del sacco erniario, 2 di ascessi nel contenuto erniario, 2 di infiammazione all'intestino ernioso, 15 di infiammazione dell' intestino erniato, 2 di ernia infiammata con appendice vermiforme e 32 di intasamento erniario. Furono tutti operati con esito felice.

Ne conclude che nell'infiammazione dell'ernia bisogna sempre ricorrere al metodo operativo. Esso è il mezzo più sicuro per scongiurare al malato il pericolo di vita.

XVIII. — *Il trattamento del carcinoma del retto e suoi esiti ottenuti nella clinica di* Rostock (*Clinica di Rostock*, prof. Garré).

L'A. descrive prima i quattro metodi operativi colla resezione e non resezione del coccige, o colla colostomia e il trattamento palliativo. I risultati sono i seguenti: operati senza resezione dell'osso 20 casi: 13 morti dopo, in complesso, 1 anno, 10 mesi o 20 giorni. 7 viventi da 3 anni, 8 mesi, 20 giorni. Operati con resezione dell' osso 31 casi. 23 morti dopo 1 anno, 5 giorni, 7 viventi da 1 anno, 6 mesi, e 20 giorni. Colostomia 32 casi; in complesso durati in vita 8 mesi, 24 giorni. Cura palliativa: 28 casi, complessivamente 13 mesi di vita. Segue la storia dei singoli casi.

XIX. Brunner. — *Sul drenaggio delle ferite* (*Ospedale di Münsterlingen*, dott. Brunner).

Sono osservazioni che Brunner fa alle opinioni espresse da *Anschütz* nel suo articolo sulla guarigione primaria delle ferite senza drenaggio apparso nel vol. XXV di questi Beiträge. L' A. fa qui l' appunto che nonostante tutte le precauzioni asettiche, i guanti e le maschere alla bocca spessissimo nelle ferite da operazione si rinvengono stafilococchi; e per sua esperienza asserisce che in un'operazione senza drenaggio si trovò lo stafilococco aureo. Asserisce in fine doversi, nella cavità da enucleazione, impedire che il sangue vi stagni per via appunto del drenaggio.

XX. Hanel. — *Sull' efficacia dello spiritus saponatus officinalis sui microrganismi, ed il suo impiego nella disinfezione delle mani e della pelle* (*Clinica Chirurgica di Breslavia*, prof. Mikulicz).

Dapprima l' A. ne sperimentò l' efficacia microbicida nelle culture di staphilococcus pyogenes aureus, e sullo staphylococcus albus, indi l'impiego con ottimo risultato nella pratica chirurgica, e ne riporta gli esiti brillanti ottenuti nelle operazioni le più disparate e difficili. Ne conchiude che anche per le più gravi operazioni basta una disinfezione di cinque minuti fatta collo spirito saponato officinale.

XXI. Hahn. — *Sulle tubercolosi delle ossa e delle dita del piede* (*Clinica Chirurgica di Tubinga*, prof. Bruns).

L'A. dice che le affezioni tubercolari al piede, come del resto nelle altre parti dello scheletro, sono più comuni nell'età giovanile, e attorno la pubertà; l'origine nel 13 % dei casi osservati da lui è traumatica.

Il tempo che decorre dal trauma al manifestarsi dei primi sintomi di tubercolosi va da una settimana ad un mese. Delle singole ossa il più spesso che s'ammala è il calcagno; esso è colpito per circa la metà dei casi osservati. Segue l'astragalo, poi il cuboide. Delle articolazioni la più colpita è quella tibio-tarsica; poi quella del Chopart poi quella del Lisfranc. Nel 31 % dei casi si tratta di sinovite fungosa, primaria nel 69 % di focolai primari nell'osso.

RASSEGNA DELLA STAMPA

Wein. — *Cura delle scottature di secondo grado con le applicazioni di caoutchouc* (*Sémaine Médicale*). Conviene allontanare la prima trasudazione sierosa, cercando di conservare il deposito fibrinoso che si produce più tardi e che facilita meglio la epidermizzazione. Egli così indica il metodo: Si lava e si disinfetta la regione scottata; nelle parti ancora ricoperte della epidermide si fa una pennellazione con la tintura di benzina con aggiunta di sublimato all' 1 %; in seguito si pratica l'escisione di tutte le flittene, si puliscono le superfici così denudate, si lavano con una soluzione di sublimato al 0,5 ‰, ed infine si ricoprono con listerelle di caoutchouc laminato molto sottile, per ultimo poi si applica al di sopra una medicatura asettica secca. Dopo cinque o sei giorni, tolta la medicatura, si trovano le parti scottate ricoperte da una sottile membrana fibrinosa che si distacca facilmente e sotto di essa si vede l'epidermide già formata senza traccia di tessuto cicatriziale.

Fieschi Davide. — *Innesto delle carotidi* (*Riforma medica*, N.° 121). Queste esperienze cominciate sino dal 1898 nella Clinica Chirurgica di Parma diretta dal Prof. Ceccherelli ed ultimate in quella di Bologna aveva per scopo di risolvere i seguenti quesiti: *a*) in casi di gravissimi traumi alla radice degli arti non sarà possibile evitarne la gangrena, almeno in quei casi nei quali la lesione e la consecutiva perdita dell'arto è dovuta a distruzione di un tratto di arteria principale? *b*) sarà possibile rimettere in rapporto il centro di circolazione con i tratti nei quali fu soppresso il circolo per lesione di un condotto superiore? *c*) si potrà riattivare un circolo sufficiente coi territori irrigati da sangue, che deve passare per un grosso aneurisma, che converrebbe togliere? *d*) si potrà a tali scopi cambiare la via ad una corrente di sangue arterioso, immettendo un condotto in un altro che non ne sia la continuazione naturale? *e*) la nuova conduttura potrà resistere in funzione? *f*) potranno i vasi del nuovo condotto, dislocati dalla loro sede naturale, vivere traverso vasi nuovi e prestare una funzione sufficiente?

Le esperienze eseguite lo portano a concludere che è possibile l'innesto di un tronco arterioso importante; che il resultato funzionale immediato e lontano è perfetto; che il metodo della sutura con invaginamento pure più rapido e sicuro in quanto con esso si evita bene il contatto del sangue con i fili anche in tempo lontano; che con questo il resultato immediato è anche il definitivo; che il punto d'innesto viene ad essere posto in condizioni di maggiore resistenza, perchè nel punto di innesto la parete è raddoppiata; che infine tronchi arteriosi diversi innestati vivono e funzionano bene anche solati ed allontanati di parecchi centimetri dal loro tetto nativo.

LAURENS. — *Septico-pioemia otitica* (*La Presse Médicale*, N.° 39, 1900). Le conclusioni di questo lavoro sono le segunnti:

	Pioemia per trombo-flebite del seno laterale.	Pioemia senza trombo-flebite
Cause	Otorrea cronica	Otite acuta
Lesioni	Lesioni ossee, ascessi extradurali, frequente denudazione del seno.	Non lesioni ossee nè denudazione del seno
Sintomi	Sintomi della mastoidite e della flebite della giugulare	Raramente sintomi apofisari
Metastasi	Frequenti — Polmonari	Più rari, articolari e periferici
Prognosi	Grave: la morte è quasi la regola.	Guarigione frequentissima
Cura	Trapanazione mastoidea ed operazionesino giugulare	Paracentesi immediata.

1.° In una pioemia otitica sopraggiunta nel decorso di un'otite acuta, senza localizzazione mastoidea, senza sintomi infettivi gravi, fare una cura puramente otologica assicurando il drenaggio della cassa con delle paracentesi. Curare le condizioni generali. 2.° Se la stessa pioemia si accompagna a mastoidite, aprire l'apofisi e denudare il seno per esplorarlo. 3.° Finalmente, se la pioemia si svolge senza reazione apofisaria, ma con grande fracasso, con sintomi di grande infezione non esitare ad aprire l'antro: se è sano, giungere anche al seno, perchè può esistere una sinusite senza mastoidite. Fare seguire la denudazione con una puntura; se l'ago dà sangue, astenersi; se vi è trombosi, incidere il seno previa legatura della giugulare. Rientriamo allora nel quadro della settico-pioemia per trombo-flebite sinusale. Gli ascessi metastatici saranno aperti chirurgicamente e sarà applicata la cura chirurgica di qualsiasi setticemia.

KUKULA. — *Sulle estese resezioni dell'intestino* (*Sbornik klinischy casopis*, N.° 5, 1900). Ha eseguite quattro resezioni nella Clinica di Maydl a Praga e viene a queste conclusioni: 1.° L'organismo umano può essere privato della metà del suo intestino tenue ed anche di più in certi casi favorevoli, senza pericolo di un'inanizione perniciosa. I disturbi intestinali che si mostrano talvolta in seguito alle grandi resezioni sono talmente insignificanti

che non si è obbligati ad osservare se lo stato generale del malato offra delle probabililà della riuscita dell'operazione.

Le esperienze fatte finora non sono abbastanza dimostrative perchè si possa precisare il massimo di estensione che sarebbe pericoloso oltrepassare, ma il caso, nel quale l'autore ha resecato quasi due terzi dell'intestino tenue, prova che il chirurgo ha, nei suoi interventi sull'intestino, una libertà sufficente, e che ne può anche asportare più della metà senza conseguenze svantaggiose. 2.° Non si può decidere ancora se l'organismo umano sopporta ugualmente bene l'accorciamento del digiuno come quello dell'ileo, si è a cagione di ciò che da una parte le maggiori resezioni dell'intestino tenue finora praticate concernono il solo ileo o l'ileo con una parte di digiuno, e che, d'altra parte, le esperienze fatte sugli animali sono abbastanza dimostrative per tirarne delle conclusioni soddisfacenti. 3.° Le dimensioni dell'intestino tenue nell'uomo sono molto variabili e le misurazioni dell'intestino crasso nel cadavere non hanno un valore pratico per il chirurgo, perciò è necessario, prima di qualunque resezione, di assicurarsi quanto ne resterà nell'organismo. Questa sola manovra può dare una qualche garanzia del successo. A questo scopo basta la metà dell'intestino, che può, in circostanze favorevoli, essere oltrepassata. Prova ne è il caso dell'autore nel quale il minimum fisiologico di $^2/_5$ pare non essere l'estremo limite. 4.° Una condizione assoluta della riuscita della resezione dell'intestino tenue che oltrepassi la metà, è la riunione immediata delle estremità intestinali. Se è impossibile fare questa riunione durante l'operazione, è necessario fare una riunione intermediaria nei giorni seguenti. 5.° Le resezioni dell'intestino crasso non hanno limite sopratutto se lo stato generale e le circostanze operatorie sono favorevoli. Quanto alle resezioni combinate dell'intestino tenue e del crasso, bisogna, prima di tutto, avere in vista il raccorciamento del tenue, che deve essere praticato secondo i principii sopra indicati. 6.° Dopo le resezioni estese del tenue nell'organismo funzionano le seguenti forze compensatrici.

La possibilità di riassorbimento più abbondante ed accelerato dell'intestino rimasto nell'organismo: la potenza sostitutrice dell'intestino crasso provata dalle esperienze, e, finalmente, la sostituzione di un'alimentazione scelta e frequente.

Colacurci. — *La teoria di Dieulafoy nella patogenesi dell'appendicite* (*Giornale Internazionale delle Scienze Mediche*, N.° 7, 1900). Da una serie di esperienze l'Autore deduce che: 1.° La chiusura della cavità appendicolare ha la massima importanza nella patogenesi dell'appendicite giacchè in tutti i conigli, in cui si è osservata la chiusura prodotta dalla legatura o da altri fattori, si è constatata l'appendicite, anche quando precedentemente si era fatta la disinfezione della cavità.

2.° I restringimenti del lume appendicolare non hanno molta importanza nella patogenesi dell'appendicite *fino a che è possibile il passaggio del contenuto appendicolare nel cieco;* sempre però costituiscono una grave condizione predisponente, perchè possono trasformarsi in occlusione completa anche per una semplice tumefazione della mucosa.

3.° Una grande quantità di contenuto o la presenza di calcoli accelerano il processo a cavità chiusa e provocano la chiusura nei restringimenti irritando e tumefacendo la mucosa, sicchè diventano causa indiretta di appendicite.

4.° Il decorso dell'appendicite è in rapporto colla quantità del contenuto appendicolare e colla qualità di esso (calcoli) e colla reazione spiegata dall'organismo nella formazione di nuovi tessuti riparatori o di difesa a che il focolaio primitivo non si apra nel peritoneo.

5.° Il trovare, all'autopsia di un morto per appendicite, il processo vermiforme pervio non deve fare escludere in modo assoluto la possibilità che vi sia stata in principio la chiusura e che poi questa, per ragioni speciali, sia sparita.

Anche le mie esperienze confermano adunque il principio della cavità chiusa con la consecutiva esaltazione della virulenza dei batteri ed infiammazione dell'appendice, secondo il concetto di Dieulafoy. Potrei anche dire che « recano un notevole appoggio alla teoria del detto autore specialmente i resultati avuti nelle semicostrizioni dell'appendice, poichè essi dimostrano che l'appendicite non si sviluppa quando la costrizione non è tale da impedire il libero transito del contenuto appendicolare nel cieco ».

Grandinetti Alberto. — *Raddrizzamento forzato lento-progressivo della cifosi tubercolare* (*Morgagni*, N.° 4, Aprile 1900). Dopo di avere fatta una rapida rivista dei metodi adottati, ne descrive uno suo, col quale ha inteso di risolvere i seguenti quesiti: 1.° mettere la parete malata nelle condizioni più favorevoli per la guarigione; 2.° fare scomparire la deformità; 3.° evitare il grave inconveniente degli ordinari apparecchi di nuocere alle funzioni toraciche ed addominali e di produrre l'atrofia muscolare. Per il primo quesito si serve della posizione lordotica dell'intera colonna vertebrale nel modo indicato da Calot, perchè si ha la fissazione di tutta la colonna. Questa lordosi viene fissata con un corsetto in gesso. L'apparecchio pel raddrizzamento è costituito da due aste metalliche che s'incrociano nel mezzo e da una vite che funziona in un foro praticato nel punto d'incrocio delle due aste Quando tutto l'apparecchio è completamente asciutto s'introduce la vite, la quale arrivata sul disco farà pressione su di esso e quindi sulla gibbosità. Così si ha un primo leggerissimo abbassamento della sporgenza vertebrale. Per rimediare alla noia della vite si mettono tra il disco di gesso e la croce metallica dei pezzi di ferro di vario spessore sino a colmare il vuoto. Levando poi la vite questi pezzi di ferro impediranno il ritorno del disco nel luogo da prima occupato. Nel modo migliore essi debbono avere la forma di ferro da cavallo onde adattarsi con la parte vuota sulla vite. Ogni due giorni si rimetterà questa nel foro e si faranno altri giri per comprimere un po' di più il disco sulla gibbosità. Ogni settimana, poi, si leverà la croce metallica, il disco di gesso e si osserverà la parte, medicandola se la compressione, come è facile, avrà determinata una piaga, che non deve destare alcuna preoccupazione. Quando la gibbosità è molto diminuita costruisce il corsetto stando il paziente in posizione bocconi; ma prima che il gesso si sia perfettamente consolidato si asporteranno le parti del corsetto che sono in corrispondenza del torace e dello stomaco, rispettandone un tratto tra queste due. Il disco sarà riapplicato mettendo la croce metallica al disopra; con la vite si aumenterà la pressione. In corrispondenza del torace e dello stomaco fa un'apertura per la funzione respiratoria e la dilatazione fisiologica dello stomaco.

I. Rishmiller. — *Lo shock ed il suo significato chirurgico* (*N. York med. Journ.*, marzo 1900). Intorno alle cause dello shock l'A. comunica le seguenti

considerazioni: 1.° Un'irritazione del sensorio di tale intensità da esaurire il centro vaso-motore cagiona una paralisi riflessa e quindi una dilatazione del sistema vasale. 2.° I fanciulli, i vecchi e gli alcoolisti presentano una speciale suscettibilità allo shock. 3.° L'emorragia, specialmente venosa, ne è causa precipua, provocando rapidamente il disturbo del meccanismo vasomotore. 4.° Clinicamente si riscontrano due tipi, prostrazione con apatia e prostrazione con stato psichico di eccitamento. 5.° L'assorbimento peritoneale di materiali settici termina invariabilmente con lo shock prima ancora che si abbiano manifesti segni di peritonite. 6.° La gravezza d'uno shock operativo dipende in gran parte dalla lunga durata dell'operazione e dalla durata e grado dell'anestesia. 7.° Una temperatura subnormale, l'irregolarità del polso, il respiro superficiale, gli estremi freddi ed il sudore vischioso controindicano l'intervento operativo. 8.° Lo shock può evitarsi agevolmente mediante una contro-irritazione applicata alle estremità. 9.° L'alcool per bocca e la morfina per via ipodermica sono mezzi profilattici di assoluta necessità. 10.° La cura consiste principalmente nello stimolare il sistema vascolare, nell'evitare la dispersione del calore organico o, se mai, nel riscaldare il capo con mezzi artificiali. 11.° Nelle emorragie acute od in ogni altra profonda anemia è prudente attuare l'ipodermoclisi con alquanta soluzione salina normale.

BIBLIOGRAFIA

ALBERT. — *Trattato di Chirurgia e di Medicina Operatoria.* Addizioni dei Proff. Tansini al Vol. I, Giordano e Novaro al Vol. II, Salomoni al Vol. III e Ceccherelli al Vol. IV. Casa Editrice Dott. Francesco Vallardi, Milano 1900.

TILLMANNS. — *Trattato di Patologia generale e speciale Chirurgica,* Vol. III Puntata III, Vallardi, Milano 1900.

CUZZI, GUZZONI, PESTALOZZA e MANGIAGALLI. — *Trattato di Ostetricia e Ginecologia,* Vol. II, Fascicoli 71 e 72, Vallardi, Milano 1900.

Dizionario pratico illustrato delle Scienze Mediche, Vol. I, Fascicoli 9 e 10, Vallardi, Milano 1900.

EULENBURG. — *Dizionario Enciclopedico di Medicina e Chirurgia*, Fascicoli 317 e 318, Vallardi, Milano 1900.

ROMITI GUGLIELMO. — *Di alcune particolarità fibrose e muscolari nella fascia transversalis, alcune delle quali notate ancora sul vivente* (*Dal Policlinico,* 1900) (Vedi Clinica Chirurgica, Pag. 224 del 1900).

MAZZOTTI LUIGI. — *Della periepatite essudativa di forma cistica associata carcinoma del fegato* (Vedi Accademie e Società).

MACACCI LUIGI. — *Un caso di deciduoma maligno* (*Dalla Rassegna di Ostetricia e Ginecologia,* 1909). È un caso importantissimo stato illustrato completamente dal punto di vista anatomo-patologico.

CORONEDI GIUSTO. — *Saggio di uno studio critico sperimentale intorno all'azione biologica del quebraco bianco e dei suoi alcaloidi,* Sassari 1899.

FOURNEL. — *Cure radicale operatoire de la hernie inguinale avec un nouveau procedè,* Paris Maloine 1900 (Vedi Argomento del giorno).

GUÉPIN. — *L'hypertrophie sénile de la prostata,* Paris Freres Vigot 1900, (Vedi Argomento del giorno).

CRONACA.

A Parigi avrà luogo un Congresso della stampa Medica, che si aprirà il 26 di luglio nel Padiglione della Stampa all'Esposizione Internazionale. Presidente il Prof. Cornil. Vice-Presidenti Lucas-Championnière e Laborde. Segretario generale Blondel. Presidente d'Onore per l'Italia il Prof. Baccelli. Le due quistioni messe all'Ordine del giorno sono: 1.° Fondazione di una Associazione internazionale della Stampa Medica. 2.° Protezione della proprietà letteraria nelle pubblicazioni mediche.

È morto *Georges Masson* a Parigi, l'Editore onesto, pieno di iniziative, ed al quale si devono molte pubblicazioni che divulgarono le novità chirurgiche. Egli fu il vero collaboratore dei suoi Autori, che furono i principali Chirurghi della Francia, che lo vollero a Cassiere delle principali loro Istituzioni, come lo era del prossimo Congresso Internazionale di Deontologia. Presidente della Camera di Commercio di Parigi, Membro dell'Amministrazione dell'Assistenza pubblica patrocinò sempre gli interessi dei Medici. Fondatore di varî importanti giornali a Georges Masson diamo l'addio pieno di cordoglio e di rimpianto come ad un Compagno di lavoro amato e stimato.

MISSAGLIA GIUSEPPE, *gerente responsabile*

Stab. Tipo-Lit. della Casa Editrice Dott. Francesco Vallardi, Corso Magenta, 48 — Milano.

Istituto di Clinica Chirurgica della R. Università di Cagliari

RAPPORTO COSTANTE TRA IDROCELE ED obliterazione incompleta DEL PROCESSO PERITONEO-VAGINALE

per il

Dottor VITTORIO REMEDI
Prof. di Patologia Chirurgica e Dirett. incaricato di detta Clinica

Praticando frequentemente l'operazione radicale dell'ernia ingui-
ale *obliqua* esterna, secondo il metodo Bassini colle particolarità già
a me descritte : (Vedi contributo alla cura radicale delle ernie ed
la patogenesi delle ernie inguinali oblique esterne. Siena 1898) mi
a accorto che quando, per l'isolamento del fondo del sacco erniario,
rendeva necessario il mettere allo scoperto l' estremità superiore
lla vaginale propria, talvolta la cavità formata da questa presen-
va un ampiezza anormale, e coincideva con tale anormalità di vo-
me la presenza di ùna piccola quantità di liquido nella sua cavità;
e fatti che si rendevano manifesti solo nel momento dell'atto ope-
tivo, ma che sfuggivano completamente all'esame obiettivo.

L'essermi occorso di operare, a breve intervallo di tempo l'uno
ll' altro, di cura radicale di ernia inguinale obliqua esterna, due
ılati, nei quali precedentemente era stata praticata coll' incisione,
cura dell'Idrocele della vaginale e nei quali l'ernia inguinale era
mparsa posteriormente: mi ha fatto pensare, riunendo l' un fatto
'altro, alla possibilità che anche per l' idrocele una parte impor-
ıte nella sua patogenesi la dovesse esercitare un' anormale am-
zza della cavità della vaginale, dovuta ad un' anormale oblitera-
ne del canale peritoneo-vaginale.

Data che questa ipotesi fosse vera, era evidente, che nei casi
drocele assai frequente, per non dire costante, doveva essere la
senza a livello dell'anello inguinale profondo di qualche infundi-

bulo peritoneale, dovuto a mancata obliterazione del canale peritone vaginale. Considerando infatti il modo con il quale avviene que obliterazione, iniziandosi cioè questa verso il terzo medio della po zione estrainguinale, e procedendo da qui tanto superiormente c inferiormente, ma più rapidamente in basso: ed avendo l'osservazio ormai stabilito come le maggiori e più frequenti deviazioni al mo normale di obliterazione, si abbiano nella parte superiore del can peritoneo-vaginale, era naturale il supporre che data una deviazio alla normale nella parte inferiore, questa non dovesse essere uni ma si dovesse avere anche superiormente nel punto che si potreb chiamare di elezione.

Per potere stabilire se la realtà corrispondeva veramente a que induzioni logiche, fino dal settembre 1898, mi sono dato cura di cercare in tutti i casi d'idrocele che mi sono capitati, e nei qu mai si era verificata per il passato la presenza di ernia, se a liv dell'anello inguinale profondo si trovassero residui non obliterati canale peritoneo-vaginale. Questa ricerca era abbastanza facile, tervenendo sempre radicalmente nella cura dell'idrocele, non fac che prolungare in alto l'incisione nella regione inguinale corrisp dente, incidere la parete anteriore del canale, e ricercare se n solita posizione costante da me descritta, cioè medialmente agli menti principali del cordone (arteria e dutto deferente) si trov alcun diverticolo peritoneale.

Il quadro sinottico che segue a pag. 534, contiene la racc dei casi che fino ad oggi ebbi ad osservare.

Come si può rilevare dal quadro sopraesposto sono 14 casi io ho potuto esaminare dal Settembre 1898 all' Aprile 1900. De però far notare che ho qui solo raccolto quei casi, nei quali t per i risultati dell'anamnesi, quanto per quelli dell'esame obiettiv poteva escludere affatto la presenza di un'ernia inguinale. Di q 14 casi, 12 volte l'idrocele si era sviluppato nella cavità della v nale, una volta (Oss. 2.ª) nel Funicolo, una volta si era svilup contemporaneamente nella vaginale e nel funicolo, ma le due ca erano perfettamente separate l'una dall'altra (Oss. N.° 6). Dieci v (Oss. N.° 1. 2. 3. 4. 6. 8. 9. 10. 12. 13) l' affezione si era svilup a destra; 4 volte (Oss. N.° 5. 7. 11. 14, a sinistra. Due volte si a contemporaneamente un laparocele inguinale (Oss. 4. 8), una v si aveva ernia inguinale dal lato opposto (Oss. 14), una sola vol riscontrata una lesione tubercolare del didimo, epididimo, e dutto ferente, tantochè fu necessario praticare l'orchidectomia.

Come rilevasi dal quadro sinottico, in tutti i casi io ho ris trato costantemente, ed isolato in corrispondenza dell'anello in nale profondo un piccolo sacco erniario, residuo della porzione periore non obliterata del canale peritoneo-vaginale. Costante era il rapporto presentato, trovandosi sempre medialmente al

deferente ed all'arteria spermatica. Sebbene la loro lunghezza fosse differente, essi presentavano tutti una forma conica, colla base in corrispondenza dell'anello inguinale profondo, mentre l'apice trovavasi, ad una maggiore o minore distanza da questo, nel canale inguinale, ed in alcuni terminava con una sottile stria fibrosa biancastra, che discendeva in basso tra gli elementi del cordone, e che in alcuni ho potuto completamente isolare fino alla sua inserzione alla estremità superiore della parete dell'idrocele. (V. Oss. 1. 2. 6. 9. 14). Questa stria fibrosa non rappresentava altro che la porzione intermedia obliterata del canale peritoneo vaginale.

Mi son dato cura di ricercare se nella letteratura chirurgica esistessero osservazioni identiche a quelle da me fatte, ma ho dovuto constatare che mentre abbondano i lavori sopra questa affezione, si fa solo qualche cenno alla esistenza possibile in qualche caso di un sacco erniario.

Southam richiama l'attenzione sopra questo fatto: che l'idrocele può essere talvolta una complicazione dell'ernia.

Volbrecht raccomanda negli idroceli voluminosi la ricostituzione del canale inguinale secondo il metodo Bassini.

Coley riportando una statistica di 92 casi fa notare che 6 volte accanto all'idrocele trovò un sacco erniario, che scoprì solo per l'operazione, e conclude che si deve sempre por mente a questo fatto.

O. Gerke pubblicando due casi d'idrocele muliebre fa rilevare che alla clinica di Wölfler, nell'idrocele delle donne, in tutti i casi nei quali la narcosi è possibile, vien praticata l'estirpazione del sacco, seguita da una esplorazione del canale inguinale.

Se questo, come per lo più è il caso, è ampliato, vien praticata esatta chiusura del medesimo come per l'operazione radicale di un ernia. La sola estirpazione del sacco non potrebbe essere raccomandata a cagione dell'eventuale pericolo della funzione di un ernia che potrebbe più tardi avvenire.

Spalinger su 70 casi osservati da Krönlein alla clinica di Zurigo, dall'Aprile 1881 al Febbraio 1894, solo 8 volte trovò l'idrocele complicato da ernia inguinale.

Breda dice « che i maggiori idroceli sono complicati da ernia. È notevole che la raccolta può servire, rispetto al canale, come tappo che impedisce la discesa erniaria. Riporta a questo proposito un'opinione di Boyes Bell che dice che i casi di idrocele, specie del cordone, che passano nel canale inguinale, non sono accompagnati da ernia, e non ne determinano la produzione, quando vengono guariti dalla operazione ».

Picquè, rendendo nota una sua osservazione d'idrocele congenito peritoneo-vaginale in un bambino, faceva notare che sebbene la cavità apparisse ben limitata superiormente, e non esistesse ernia inguinale, trovò alla operazione nel tragitto inguinale un piccolo di-

1	Gemelli Giacomo, anni 21 Volterra	Idrocele della vaginale del testicolo destro	Data da dieci anni, non ha mai avuto alcun segno di ernia concomitante	Voluminoso, arriva però in alto fino all'anello superficiale, trasparente. Pelle tesa, solcata da vene dilatate	La cavità della vaginale arriva fino all'anello inguinale superficiale, e termina continuandosi con un cordone sottile, biancastro, che si può seguire in alto fino al disotto dell'anello profondo, dove si continua con un piccolo diverticolo peritoneale, che si trova situato medialmente agli elementi del cordone	24 settembre 1898. Estirpazione del sacco erniario, resezione della vaginale, ricostituzione della parete posteriore del canale inguinale	Guarigione. Licenziato il 15 ottobre. Guarito
2	Bartalucci Gino di anni 3 di Siena	Idrocele del funicolo destro	Data poco dopo la nascita, non è stata mai riscontrata ernia	La raccolta si è sviluppata nella porzione estrainguinale del processo peritoneo-vaginale, arriva fino all'anello superficiale	La cavità dell'idrocele, limitata da pareti spesse, si estende in alto fino all'anello superficiale inguinale. A livello dell'anello profondo esiste un diverticolo peritoneale a dito di guanto, che, restringendosi alla sua estremità, si continua con una striscia fibrosa biancastra, che si può seguire fino alla sua inserzione inferiore sulla volta che limita la cavità dell'idrocele. Questa è perfettamente separata dalla vaginale	28 ottobre 1898. Estirpazione completa ed operazione radicale dell'ernia nol modo solito	20 nov. Lic. guarito
3	Pucci Antonio di anni 51 di Monteriggioni	Idrocele della vaginale del testicolo destro	Data da 2 anni e mezzo circa. Venuto senza causa apprezzabile. Non ha mai avuto ernia	Ha il volume di un arancio pelle normale, fluttuazione assai netta	L'estremità superiore della vaginale arriva un dito trasverso al disotto dell'anello superficiale. Piccolo diverticolo della lunghezza di circa 2 centimetri a livello dell'anello inguinale profondo	13 gennaio 1899. Resezione della vaginale. Cura radicale dell'ernia	4 Febbraio Guarito
4	Ricci Pasquale di anni 53 di Monteroni d'Arbia	Idrocele della vaginale del testicolo destro e laparocele inguinale	L'idrocele data da 5 anni circa: da un anno e mezzo, in seguito ad uno sforzo, è comparso il laparocele	Tumore piriforme a grossa estremità in basso, liscio, regolare fluttuante, separato nettamente in alto d[illegible] rilievo che si manifesta nella metà inferiore del canale inguinale [illegible]	La cavità dell'idrocele termina al disotto dell'anello inguinale superficiale. In corrispondenza dell'anello inguinale profondo trovo un piccolo diverticolo peritoneale che sorpassa l'anello stesso di un dito trasverso circa	24 gennaio 1899. Estirpazione completa della vaginale inspessita. Cura radicale dell'ernia e del laparocele	15 febbraio. Lic. Guarito

					...riscontrato durante l'atto operativo	Data dell'operazione	Esito
	Taddei Virgilio di anni 19 di Torrita	Idrocele della vaginale del testicolo sinistro	Data da 4 anni. È già stato operato 2 anni fa circa colla puntura seguita da iniezione iodata	Ha il volume di un pugno d'un adulto	A livello dell'anello inguinale profondo trovasi un piccolo sacco erniario della lunghezza di 2 dita trasverse, che si continua con una sottile stria biancastra che si perde fra gli elementi del cordone e che si lacera nelle manovre d'isolamento. La cavità dell'idrocele termina in alto al disotto dell'anello superficiale	28 marzo 1898. Cura radicale dell'ernia, ed estirpazione completa della vaginale inspessita	15 aprile. Lic. guarito
6	Pellegrini Oreste di anni 10 di Asciano	Idrocele della vaginale del testicolo destro, ed idrocele del funicolo	Fino dai primi anni lo scroto è stato più voluminoso del normale, da un anno è comparsa una 2ª intumescenza a livello dell'anello inguinale superficiale	La parte laterale destra dello scroto è riempita da un tumore che presenta la forma ed il volume di un grosso uovo, liscio, regolare, trasparente. A livello dell'anello superficiale inguinale si nota un tumore del volume di una piccola noce, che rientra in parte entro il canale, mobile, fluttuante. Non un segno di ernia	In corrispondenza dell'anello inguinale profondo si trova un piccolo infundibulo peritoneale, che si continua a mezzo di una striscia fibrosa, con il tumore che trovasi situato a livello dell'anello inguinale superficiale, il quale è ripieno di liquido trasparente, e che presenta al polo superiore un piccolo prolungamento conoide di circa 1 centimetro di lunghezza comunicante colla sua cavità e che si continua poi colla striscia fibrosa sopradescritta	20 aprile. Cura radicale dell'ernia estirpazione dell'idrocele del funicolo, resezione della vaginale	Guarito. Lic il 12 maggio
7	Midollini Pellegro di anni 62 di Castelnuovo	Voluminoso idrocele della vaginale del testicolo sinistro	Data da circa 8 anni; è stato curato due volte colla puntura ed iniezione iodata	Tumore voluminoso piriforme, che arriva colla sua estremità superiore a livello dell'anello inguinale superficiale	Piccolo sacco erniario della lunghezza di un dito trasverso in corrispondenza dell'anello inguinale profondo	21 giugno. Estirpazione completa della vaginale	Lic guarito. il 15 luglio

	Cognome	Diagnosi	Notizie Anamnestiche	dall'esame obiettivo	riscontrate durante l'atto operativo		
8	Marraccini Giovacchino di Radicondoli di anni 60	Idrocele della vaginale del testicolo destro. Laparocele inguinale dallo stesso lato	L' idrocele data da circa 5 anni. Da un anno in seguito ad uno sforzo fatto si nota la comparsa di una protuberanza alla regione inguinale	Tumore del volume di un pugno che termina 2 dita trasverse circa sotto l'anello inguinale superficiale, fluttuante e trasparente, tanto nella posizione eretta, che nella orizzontale sotto i colpi della tosse si nota che la metà inferiore del canale inguinale si sol-solleva formando una sporgenza, del volume di una noce che presenta i caratteri del laparocele, e che è separata nettamente dalla sporgenza fatta dall'idrocele	Presenza di un piccolo diverticolo peritoneale a livello dell'anello profondo	16 ottobre. Cura radicale dell'ernia e del laparocele. Resezione parziale della vaginale	Lic. guarito il 9 nov
9	Marrocchini Alessandro di anni 4 di Siena	Idrocele della vaginale del testicolo destro	La madre del malato ci dice che ha notato sempre lo scroto a destra più voluminoso, Da un anno il volume è ancora aumentato. Non è stata mai notata ernia	Parte laterale destra dello scroto riempita da un tumore del volume di un uovo di gallina liscio e trasparente	Presenza di un diverticolo peritoneale a livello dell'anello inguinale profondo, che per mezzo di una stria biancastra, che si può completamente isolare dagli elementi del cordone, si trova che si continua colla estremità superiore della vaginale	11 dicembre. Cura radicale dell'ernia. Resezione parziale della vaginale	31 ottobre. Licenziato
10	Nencini Alessandro di Monteriggioni di anni 5 e mezzo	Idrocele della vaginale del testicolo destro	Lo scroto a destra è sempre stato più voluminoso ed il volume è andato lentamente crescendo	Tumore del volume di un uovo, fluttuante e trasparente riempiente lo scroto a destra	Presenza di un infundibulo peritoneale della lunghezza di circa 8 centimetri a livello dell'anello inguinale profondo	9 ottobre. Cura radicale dell'ernia e resezione parziale della vaginale	31 ottobre. Lic. Guarito

	Del Porro Ruggero di Siena di anni 7	Idrocele della vaginale del testicolo sinistro	Data fino dalla nascita: è andato progressiv. crescendo	Pelle dello scroto tesa e stirata sul tumore che arriva in alto fino all'anello inguinale superficiale	Presenza di un infundibnlo peritoneale a livello dell'anello inguinale profondo	7 dicembre. Cura radicale dell'ernia e resezione parziale della vaginale	31 ottobre. Lic. guarito
12	Puddu Efisio di Pirri di anni 20	Idrocele della vaginale del testicolo destro	Due mesi fa ha notato che senza causa lo scroto a destra era aumentato di volume, aumento che ha continuamente progredito	Tumore piriforme e che col suo estremo superiore arriva fino a livello dell' anello inguinale superficiale	Presenza di un infundibulo peritoneale di un dito trasverso di lunghezza in corrispondenza dell' anello inguinale profondo. Vagin..le spessa	13 febbraio 1900. Cura radicale dell' ernia. Estirpazione completa della vaginale	Lic. guarito il 10 marzo
13	Alcioni Efisio di Cagliari di anni 26	Idrocele della vaginale del testicolo destro, consecutivo ad orchiepididimite tubercolare	Niente di ereditario. Due blenorragie una all' età di 24 anni, l'altra un anno dopo complicata da orchite. Scomparsi i fenomeni acuti, il testicolo rimase più voluminoso del normale, e tale aumento di volume è andato in seguito continuando lentamente. Da un mese il tumore si è fatto più duro, teso, dolente	Il tumore piriforme formato dall' idrocele sorpassa di circa un dito trasverso l'anello inguinale superficiale. Posteriormente si avverte l'epididimo voluminoso duro ed irregolare	La vaginale presenta nel cul di sacco inferiore delle granulazioni grigiastre spesse. Queste non si trovano nella metà superiore. Epididimo duro, voluminoso incapsula un grosso focolaio caseoso che ne occupa tutta la lunghezza. Altri focolai caseosi diffusi, occupano la sostanza midollare del didimo. In corrispondenza dell'epididimo si vedono far rilievo anche sulla capsula. Dei noduli secondari esistono lungo il canale deferente risalendo in alto. Presenza di un infundibulo peritoneale all'anello profondo	17 febbraio 1900 Orchidectomia, estirpazione completa della vaginale e cura radicale dell' ernia	28 febbraio. Licenziato.
14	Vacca Daniele di Mondas di anni 25	Idrocele della vaginale sinistra, ed ernia inguinale obliqua esterna destra	Due anni fa per caduta da un carro avvertì un dolore forte alle regioni inguino-scrotali, e notò più tardi il manifestarsi di due tumefazioni, delle quali quella di sinistra prese uno sviluppo più rapido	A sinistra tumore piriforme che dallo scroto si estende in alto fino all' anello inguinale superficiale. Pelle tesa. A destra notasi un'ernia che discende fino a livello dell'orifizio inguinale superficiale	Vaginale inspessita, presenta in alto un piccolo diverticolo cilindrico di 1 dito trasverso di lunghezza separato dalla cavità principale da una specie di diaframma fibroso perforato nel centro. In corrispondenza dell' anello profondo notasi un piccolo diverticolo peritoneale che per un tratto sottile di tessuto fibroso, si continua coll'estremo superiore del diverticolo sopranotato	27 aprile. Resezione completa della vaginale. Cura bilaterale delle 2 ernie	Licenzmiato il 15 aggio

verticolo. Per questo insisteva sulla necessità di riconoscere in ciascun caso, se esiste o no un ernia concomitante.

M. Lucas Championière, a proposito di una osservazione di Terrillon, riguardante un' ernia congenita encistica in un idrocele funicolare egualmente congenito, fa notare che talvolta si può vedere un'ernia svilupparsi dietro una tunica vaginale che rimonta nel canale inguinale, senza che vi sia idrocele.

Bazy su 134 vaginali esaminate avrebbe notato che un certo numero avevano l'estremità superiore ad 1 centimetro, 1 centimetro e mezzo, due centimetri sopra il testicolo, 4 volte risaliva fino a 3 centimetri $^1/_2$, 2 volte arrivava fino a livello dell'orificio inguinale profondo.

Broca, a proposito degli idroceli congeniti, fa rilevare come talvolta si scopra in alto della vaginale, all'indentro del plesso vascolare un foro che conduce la sonda scanalata attraverso un canale di altezza e diametro variabili, talora fino all' anello inguinale profondo. Quindi la possibilità sul vivo di certi idroceli che si dovranno chiamare congeniti, poichè essi avrebbero per origine una deformità congenita.

Prendendo ora in considerazione il fatto da me notato della costante presenza nell'idrocele, sia della Vaginale che del Funicolo, di un segmento non obliterato del canale peritoneo vaginale in corrispondenza dell'anello inguinale profondo, ne viene la conclusione che tutte le varietà d'Idrocele, non rappresentano, in ultima analisi, che forme anormali di obliterazione, trasformazioni imperfette del canale peritoneo vaginale. L'esistenza di questa anomalia costituisce senza dubbio l'indispensabile condizione anatomica dello sviluppo dell' idrocele, condizione che può rimanere nulla per tutta la vita, o per lunghi anni, e non portare la comparsa del liquido.

Quest'ultimo fatto che caratterizza l'affezione risulta da una ipersecrezione anormale o morbosa delle pareti stesse della cavità della vaginale, ipersecrezione che è favorita dalla ampiezza anormale della cavità. L'osservazione numero 13 conferma queste mie conclusioni in essa si trattava di un idrocele complicante tubercolosi dell' epididimo e del didimo, complicazione che si verifica assai raramente nelle affezioni tubercolari, e la cui comparsa deve essere anche in questo caso riferita alla obliterazione imperfetta del canale peritoneo vaginale. Questa deviazione dal modo normale di obliterazione del canale peritoneo-vaginale sarebbe in ultima analisi la condizione indispensabile allo sviluppo dell'idrocele tanto primitivo che secondario.

Ma il fatto da me constatato oltrechè per la patogenesi ha anche la sua importanza per la Terapia. Non si può nè si deve disconoscere nei casi d'Idrocele, la presenza costante di questo diverticolo peritoneale in corrispondenza dell' anello inguinale profondo, e che non sta a rappresentare altro che un'ernia latente. Per questo fatto

nell'Idrocele oltrechè la indicazione di togliere il liquido, e soppri-
mere la cavità della Vaginale, abbiamo anche l'altra di ricercare
questo principio di ernia e di sopprimerlo. L'indicazione pratica è
quindi di prolungare l'incisione dello scroto in alto, per scoprire tutta
la parte superiore del canale inguinale fino a livello dell'anello pro-
fondo, e praticare contemporaneamente l'operazione radicale dell'ernia
e quella dell'Idrocele, resecando completamente e parzialmente la va-
ginale a seconda delle alterazioni da essa presentate.

Quando non esista alcuna delle controindicazioni agli atti ope-
rativi in generale, la prognosi della operazione così praticata può
ritenersi come favorevole.

Bibliografia.

. **Coley.** — Hydrocele in the Female Annals of surgery, 1892 Juli.

reda **Achille.** — Malattie dell'apparato sessuale maschile. Trattato italiano di Chirurgia, Francesco Vallardi Milano.

Gerke. — *Zur* Therapie der Hydrccele feminina (Deutsche medicinische Wochenschrift, *1894, N. 23*).

Picqué. — Hydrocele peritoneo-vaginale guerie par cure radicale (Bulletins et memoires de la societé de chirurgie de Paris, Vol. XX 3-4).

tt. **Kurt Selcke.** — Ueber die Hernia processus vaginalis encystica (Beitr. zur klin. Chir. Band XXII, Heft 1).

m *Dott.* **Spalinger.** — Ueber die Endresultate der Hydrocelenoperationen durch Punktion mit Jodinjektione (Beitr. zur. klin. Chir. Bd XIII).

llbrecht. — Uber Hydrocele bicoulares intra-abdominalis (Laugenbeck's. Archiv *Bd LII, Heft 2*).

utham. — On the radical cure of hydrocele by exsision of the sac (The Lancet, 1897).

Terrillon. — Hernie congenitale enkystée dans une hydrocele funiculaire egalement congenitale (Societé de Chirurgie Seance, 7 Xbre 1892).

LA
FRATTURA DELLA ROTULA

PEL

Dott. BALDO ROSSI

Memoria premiata al Concorso Parravicini dell'Osped. Maggiore di Milano

(Continuazione e fine. V. N. 6)

L'apparecchio di Verneuil e quello di Le Fort sono presso a poco del tipo precedentemente descritto. Verneuil muniva di fori i margini delle placche di guttaperca, e vi passava delle fettuccie che sostituivano le griffe e che erano strette gradatamente, secondo il bisogno, ogni quattro o cinque giorni. Le Fort adattava degli uncini sulle placche di guttaperca ed otteneva il ravvicinamento coll'azione di un filo elastico passato alternativamente dagli uncini superiori agli inferiori.

Gli apparecchi a pressione concentrica hanno il loro paradigma nella fasciatura ad otto in cifra, eseguita cioè con giri di fascia che si incrociano al di sotto del poplite e che passano in modo alterno al di sopra del frammento superiore od al di sotto dell'inferiore. Descritto pel primo da Lavauguyon venne poi adottato da Petit e da altri autori.

Questo apparecchio non ebbe però nei primi tempi molta voga per la facilità con cui le bende si allentavano e si disordinavano.

Pur mantenendo il concetto della pressione concentrica, si pensò di sostituire tale fasciatura con apparecchi più resistenti e si ebbero i congegni di Boyer, di Buirez, di Ravaton, di Assalini, ecc., i quali tutti si compongono di un semicanale un po' curvo per mantenere la gamba alquanto piegata, e di correggie abbraccianti l'uno e l'altro frammento.

L'apparecchio di Boyer accoppia al dire di Malgaigne una grande potenza ad una grande semplicità; l'esperienza lo dimostra però troppo lodato.

Consiste in una doccia di legno bene imbottita e munita lateralmente di chiodi, ai quali vanno ad attaccarsi le estremità di correggie di cuoio imbottite, prementi colla parte mediana della loro ansa sui frammenti rotulei posti a contatto.

Il Fontana ideò un apparecchio semplicissimo che si compone di una tavoletta lunga 25 centimetri, larga 12, portante sui margini laterali a distanza di tre centimetri due incavi.

Il poplite dell'infermo poggia sulla tavoletta mediatamente per mezzo di un piccolo cuscino. Un nastro orizzontale passato negli incavi superiorl ed un altro negli incavi inferiori comprendono tra di loro la rotula; con due nastri verticali abbraccianti i primi lateralmente alla rotula si avvicinano e si stirano i nastri orizzontali, ottenendo così il progressivo combaciamento dei frammenti.

Questo apparecchio è in vero assai semplice, ma gode però di pochissima virtù contentiva e ben presto si sposta.

Velpeau ritornò alla fasciatura ad otto in cifra assicurando alle bende la solidità coll'applicazione superficiale di destrina.

I chirurghi posteriori imitarono l'esempio del Velpeau facendo uso del silicato di potassa, del gesso, dell'amido.

Al nostro Ospedale Maggiore l'apparecchio a cifra otto è quello che gode anche attualmente maggior favore; credo perciò opportuna una breve descrizione del modo con cui si usa praticarlo.

L'arto è rivestito di ovatta, una ferula posteriore con pedale garantisce la estensione completa e permanente dell'arto.

Assicurata la ferula, fasciato il piede, e la gamba col metodo comune di bendaggio, si passa all'esecuzione dell'otto in cifra.

I tegumenti anteriori al ginocchio vengono spostati in alto più che si può nel timore che interponendosi fra i frammenti durante il loro avvicinamento non impediscano il contatto immediato.

I giri di benda, come abbiamo già detto, sono incrociati al di sotto del poplite e passati alternativamente al di sopra del frammento superiore ed al di sotto dell'inferiore spingendoli con pressione concentrica rispetto alla rotula l'uno verso l'altro.

Al di sopra di questi giri di benda altri circolari sulla rotula varranno a deprimere i frammenti, correggendo l'eventuale spostamento che spinge in avanti le due superfici di frattura.

L'elasticità della fasciatura espulsiva agisce poi promovendo il riassorbimento del versamento articolare.

Si termina l'apparecchio coll'applicazione di uno strato superficiale di bende amidate, che vale ad impedire lo spostamento della fasciatura sottoposta.

Siccome poi l'assorbimento della raccolta peri ed endo-articolare porta una diminuzione progressiva del volume dell'arto, l'apparecchio verrà rinnovato metodicamente 7-10 giorni dopo l'applicazione, quando cioè l'assorbimento della raccolta verrà a diminuire l'azione contentiva della fasciatura sui frammenti.

Alcuni chirurghi preferiscono mettere in posto la ferula a pedale quando già è compiuta la fasciatura ad otto in cifra facendola servire come semplice punto d'appoggio. Del resto la variante non ha importanza alcuna.

Questo apparecchio, se non può corrispondere in tutti i casi di frattura rotulea è certamente superiore a molti altri macchinosi e difficili congegni ancora attualmente in uso e può riuscire utile quando si diano certe condizioni fortunate, che noi passeremo in esame più avanti.

L'idea di un *apparecchio che agisca* unicamente sul frammento superiore spetta a Pott che, ritenendo il frammento inferiore come immobile, si contentava di una piccola compressa applicata sopra il frammento superiore e mantenuta con un bendaggio moderatamente stretto.

I tentativi posteriori di Bell, Bottcher, Amesbury, Cooper non furono fortunati per cui è inutile parlare dei loro apparecchi.

Io penso che sia necessario agire sopra entrambi i frammenti perchè l'inferiore, mancando di sostegno, viene stirato in basso dal-l'azione del legamento rotuleo, mentre la sua superficie di frattura si rivolge poco a poco all'avanti.

È incontestabile che tutti gli apparecchi da noi passati in esame, se arrivano anche a ravvicinare i frammenti, difficilmente, quando il distacco è appena pronunciato, possono provocare e mantenere il diretto contatto fra loro e questo per diverse ragioni.

La mancanza sulla superficie rotulea di parti sporgenti, fa si che i mezzi di cui questi apparecchi dispongono, non abbiano una presa fissa e valida.

Inoltre quando si vogliono bene avvicinare i due frammenti è necessario sviluppare pressioni ragguardevoli al di sopra e al di sotto della rotula: l'una sul tendine del quadricipite che viene depresso nel solco sopracondiloideo e l'altra sul legamento rotuleo che viene infossato nello spazio soprastante alla tuberosità della tibia.

Questa pressione, oltre che produrre talora un dolore insopportabile e facili escoriazioni dei tessuti superficiali, provoca sempre un movimento di leva che tende ad abbassare gli estremi dei frammenti. Tale movimento di leva quando i frammenti sono fra loro completamente staccati e liberi per la lacerazione dello strato fibro-periosteo sopra-rotuleo, verrà alla sua volta a provocare od aumentare lo spostamento antero-posteriore.

Un altro inconveniente degli ordinarì apparecchi è dovuto ad una disposizione anatomica dell'osso. La base della rotula essendo tagliata obliquamente dall'alto al basso e dall'interno all'esterno fa sì che la pressione delle correggie le quali dovrebbero spingere in basso il frammento superiore è più sensibile in fuori che in dentro e quindi anche i frammenti con molta facilità tenderanno ad allontanarsi fra loro in corrispondenza del lato interno.

La *immobilizzazione diretta* si può ottenere con tre mezzi:

1.° Gli uncini del Malgaigne.

2.° La legatura della rotula fratturata.

3.° La sutura diretta dei frammenti.

Le griffe od *uncini del Malgaigne* devono, secondo il concetto dell'autore, avvicinare i due frammenti come una sutura attorcigliata, senza però attraversarli.

Tale apparecchio è simile a quello che si suole usare per tenere divaricati i muscoli nelle sale di dissezione, colla differenza che il pezzo, che unisce i due uncini doppi, consta di due spranghe che si possono allontanare od avvicinare fra di loro mediante un meccanismo a vite.

I due uncini della placca inferiore, i quali devono impiantarsi nell'apice della rotula, distano fra di loro di un centimetro, i superiori invece, che devono collocarsi sulla base della rotula, distano fra loro due centimetri, di questi ultimi l'interno è più lungo dell'altro da 5 cent. a 6 mm. per adattarsi alla obliquità della base rotulea.

Evidentemente questo strumento può permettere una coattazione assai esatta e lasciato in posto 25-30 giorni, come suggerisce l'autore, potrà dare dei buoni risultati. Ma neppure esso va esente da inconvenienti, perchè od è difficilmente tollerato a causa del dolore che la presenza degli uncini provoca nella parte, od è mobile scivolando talora sul periostio della faccia anteriore alla rotula; onde viene ad adempiere soltanto in parte alla sua funzione.

Inoltre con esso non è possibile lottare contro il versamento, e le parti molli eventualmente interposte fra i frammenti non possono venire rimosse.

Per queste ragioni e per le conseguenze più gravi che possono tener dietro all'applicazione delle griffe, quali le infezioni infiammatorie, suppurative, ecc. questo apparecchio non incontrò molto favore fra i chirurghi malgrado la modificazione del Duplay tanto decantata dai libri francesi.

Accenneremo soltanto di passaggio al metodo adoperato dal Dieffenbach nelle fratture trasversali.

Egli impiantava due caviglie in avorio nei frammenti e le allacciava fra loro con un filo robusto appena aveva ottenuto il contatto fra le superfici di frattura.

Rigaud e Bonne usavano allo stesso scopo delle viti metalliche. L'applicazione di questi apparecchi e delle griffe del Malgaigne stabilisce l'epoca di transazione fra gli apparecchi propriamente detti e la sutura dei frammenti.

Storia della sutura. — A Marco Aurelio Severino, celebre medico di Napoli, si attribuisce il merito di aver preconizzato nel secolo XVII la sutura dei frammenti nella frattura di rotula. Questo pratico aveva di mira sopratutto le fratture antiche mal consolidate, per le quali (seguendo l'esempio di Paolo Avicenna che raccomandava questo metodo per le ossa lunghe) egli consigliava la sutura dei frammenti cruentati e spogliati delle parti connettive interposte.

È dubbio che veramente Aurelio Severino abbia praticata questa operazione, è certo però che i suoi contemporanei la giudicavano impraticabile, ed ancora il nostro Monteggia nelle sue Istituzioni Chirurgiche la dichiarava « uno strano ed erroneo progetto ».

La pratica di questa operazione venne in onore alla metà del XIX secolo, quando Rhea Barton nel 1834 in un fratturato fece la sutura con fili di argento. Mac Clellan di Filadelfia nel 1838, in un altro caso dopo aver messo a nudo i frammenti attraverso ad una incisione longitudinale, li mantenne a contatto con un filo di ferro dolce.

Nel primo caso il malato morì qualche giorno più tardi, nel secondo il risultato fu buono.

Seguirono poi con risultati più o meno felici i casi di Cooper di San Francisco (1861), di Logan (1864), del Dr. Cabot di Boston (1865), di Julien Kühn (1868), di Abridge (1869), di Heine. Degli operati alcuni furono perduti, altri corsero una serie di accidenti gravi; solo qualcuno guarì perfettamente.

In conclusione si può dire che i risultati ottenuti avanti il periodo antisettico furono poco incoraggianti e fecero abbandonare questo metodo di cura, od impedirono almeno che fosse largamente usato.

E ben a ragione allora il Berger scriveva che malgrado i risultati favorevoli ottenuti da Cooper e Kühn, questo metodo avrebbe trovato pochi imitatori.

Ma tale opinione non doveva tardare a modificarsi allorquando, mercè le proposte di Lister, vennero a schiudersi alla chirurgia nuovi sterminati orizzonti, aprendosi colla introduzione del metodo antisettico un'êra novella.

Lo stesso Lister che aveva praticato nel 1873 con buon risultato la sutura dell'olecrano, aveva indicata la via da tenersi per la sutura dei frammenti rotulei.

Questa infatti fu eseguita dal Cameron di Glascow (1877) in una frattura di antica data. Nello stesso anno Lister mise a nudo i frammenti e praticò la sutura in un caso di frattura recente.

Gli splendidi risultati ottenuti dal Lister, la correttezza sua nel precisarne le indicazioni e nell' esporre il metodo operativo fanno giustamente risalire a lui l'onore di questa operazione.

Schede pure nel 1877 praticò la sutura sotto la polverizzazione al timolo. Avendo incontrato una notevole difficoltà nell'avvicinare i frammenti si servì di una benda in cautchouc per accostarli intanto che metteva a posto il filo d'argento.

A partire da questo momento le osservazioni si moltiplicarono. Nuove operazioni vennero pubblicate da Smith e da Trendelenburg.

Ad evitare i pericoli che si vedevano insorgere per l' apertura dell'articolazione, Panas (1878) immaginò un metodo di sutura ossea sottocutanea e Van der Meulen (di Utrecht) aspettava a praticare la

sutura quando verso il 10.°-12.° giorno della frattura il tessuto in via di organizzazione tra le superfici fratturate avesse potuto costituire una lamella che impedisse di penetrare nella cavità articolare. Per il primo poi Van der Meulen abbandonò i fili d'argento nei tessuti ribattendone le estremità sulla faccia anteriore dei frammenti;

Ancora allo scopo di rispettare la cavità articolare Volkmann e Dumolard (1878) avvicinavano i frammenti mediante due anse di filo d'argento passate attraverso il legamento rotuleo ed il tendine del quadricipite annodando poi i capi dei fili fra loro.

Poinsot nel 1882, in un suo lavoro sull'intervento operatorio nelle fratture trasversali della rotula con divaricamento consiglia di riservare la sutura per quei casi, nei quali non fosse stato possibile evacuare il versamento mediante la puntura col trequarti, considerando egli il versamento come la causa principale del distacco fra i frammenti.

Leclerc, Françon, Chauvel, pur riconoscendo i vantaggi incontestabili della sutura, non la consigliano però nelle fratture recenti, riservandola per i casi nei quali i metodi ordinarî non poterono raggiungere lo scopo e quindi la funzione resta ostacolata.

Riviste cliniche riguardanti la quistione e contenenti osservazioni personali e regole precise si trovano nei lavori pubblicati da Wahl, Lister, Mac Ewen nel 1883.

Kocher nel 1880 e Ceci nel 1885 ancora per evitare i pericoli di un'apertura ampia dell'articolazione dànno le regole di speciali metodi di cura sottocutanea.

Kocher col suo metodo pratica verso la metà dei margini superiore ed inferiore dei frammenti due piccole incisioni longitudinali fa passare attraverso di esse ed al di sotto della rotula un filo di argento montato su di un ago speciale.

I capi liberi del filo, che vengono a sporgere dalle due incisioni, sono poi avvicinati e ritorti sulla faccia anteriore del ginocchio, dopo di aver frapposto un batuffolo di garza fra la pelle e l'ansa formata dai due capi del filo.

All'occorrenza l'operazione sarà preceduta dalla evacuazione del liquido mediante la puntura articolare.

Il processo operatorio del Ceci è più complesso.

Mentre un assistente mantiene la cute stirata ed i frammenti avvicinati, l'operatore con un succhiello speciale perfora la pelle e l'osso in corrispondenza del punto più interno d'inserzione del legamento rotuleo, dirige lo strumento diagonalmente di basso in alto e dall'interno all'esterno ed uscito dalla pelle a livello dell'angolo superiore esterno della rotula trascina per mezzo di un occhiello, esistente all'estremità dell'istrumento, un filo d'argento nel foro praticato. Fatto ciò, l'operatore introduce ancora l'istrumento in corrispondenza del punto più esterno d'inserzione del legamento rotuleo, contorna il mar-

gine inferiore dell'osso, rasentandolo molto da vicino, e va ad incontrare il filo che fuoresce dalla prima puntura: in questo punto fa sporgere l'estremo del succhiello, introduce il filo nella cruna, e ritira l'istrumento, facendo sì che il filo si adatti senza formar angoli al contorno inferiore della rotula. Similmente si introduce il succhiello dall'angolo superiore interno, si perforano i frammenti in senso diagonale e si esce in corrispondenza del margine esterno e del legamento rotuleo dove si trova il filo, che si introduce di nuovo nella cruna e di nuovo si ritira l'istrumento per la stessa via dalla quale è entrato. I capi del filo sporgono così dai fori cutanei superiori. Uno di essi vien fatto scorrere lungo il margine superiore della rotula nello stesso modo usato pel margine inferiore. I due capi, una volta uniti, vengono stirati, attorcigliati e poscia affondati nell'osso mediante una pinza robusta.

Anche il Ceci all'occorenza fa precedere l'operazione dalla puntura evacuatrice.

Ho voluto qui descrivere questi due processi di sutura sottocutanea, come quelli che furono maggiormente in onore. Devo però da parte mia far osservare come essi siano di gran lunga inferiori nei risultati alla sutura diretta dei frammenti; con essi infatti non è possibile togliere le parti molli ed i coaguli fibrinosi interposti fra i frammenti e non è possibile regolarizzare le superfici di frattura, quando sono frastagliate e mal si prestano ad un perfetto affrontamento.

Aggiungerò che in epoca recente il Kocher ha messo da parte il metodo di sutura sottocutanea per ricorrere alla sutura dei frammenti a cielo scoperto, ed il Ceci applica il suo metodo soltanto in determinati casi.

Torniamo ora alla nostra esposizione storica.

I lavori sulla sutura rotulea vanno aumentando sempre più man mano che ci avviciniamo ai nostri tempi, pur non mancando numerosi avversari del metodo.

Nel 1884 Jalaguier pubblica una notevole critica sulla cura delle fratture di rotula e conchiude:

« Senza voler pregiudicare la sorte che l'avvenire riserva al nuovo metodo e tenendo conto dei successi notevoli che la operazione ha dato nelle mani di chirurghi quali Lister, Bloxham, Cameron, Mac Ewen, dei quali conviene ammirare l'abilità e la fortuna, bisogna riconoscere che nelle fratture sottocutanee della rotula l'apertura dell'articolazione e la sutura dei frammenti costituisce un mezzo troppo audace, che ha troppi insuccessi al suo attivo, perchè sia permesso di ricorrervi di primo acchito.

Ruotte di Nancy (1886) con un lavoro comparativo fra la sutura dei frammenti e la evacuazione del cavo articolare sostiene i vantaggi della sutura con conclusioni ardite. Stimson ottiene un buon risultato colla sutura al catgut; Bergmann in un caso di frattura

antica mobilizza la tuberosità anteriore della tibia per ottenere il ravvicinamento. Altri numerosi seguaci vengono procurati a questo metodo fino al 1889; senonchè al Congresso di Chirurgia di quel-l'anno gli antichi metodi trovano pure dei difensori e Tripier di Lione, accusando il versamento sanguigno di essere la principale causa del-l'impotenza dell'arto e dell'atrofia muscolare conchiude raccomandando l metodo di Tilanus.

Il numero dei lavori sull'argomento andò moltiplicandosi ed una recensione assai accurata trovasi nella bella tesi del Gilis « Traitement des fractures de la rotule par la suture ».

A noi interessa di accennare in linee generali il progressivo favore ottenuto da questo metodo per venire a collocarlo nel giusto posto che oggi gli spetta su i presidi terapeutici attualmente in onore contro questa infermità.

Chaput nel 1891 in un Corso Clinico alla Salpétrière consiglia la sutura ossea nei casi recenti, nei quali la divaricazione dei frammenti sorpassa i due centimetri.

L. Championnière presenta alla Società di Chirurgia due ammalati, uno di essi, curato colle griffes, dopo 5 mesi cammina male, l'altro, operato colla sutura, dopo tre settimane ha potuto recarsi a piedi alla Società di Chirurgia.

Nel 1892 Berger pratica una sutura particolare della rotula « cerclage » e la propone come utilissima nelle fratture comminutive.

Perier propone pure un nuovo metodo di sutura fibro-periostea a cielo scoperto, « procédé de la suture en lacet »; i risultati brillanti che egli ottiene col suo metodo dànno occasione a pregevoli lavori del Gilis (1893) del Moret (1894).

D'altra parte Anderson, Butcher, Ceci annunciano successi ottenuti coi metodi sottocutanei. Aron (1896) in una sua memoria accenna a 6 casi di fratture comminutive curate con successo col « cerclage » della rotula alla Berger e nel 1897 Lejars, Peyrot e Poirier precisano le indicazioni di questa modalità di sutura.

Lucas Championnière ancora nel 1897 presenta una statistica personale di 50 casi di sutura rotulea, 9 dei quali eseguiti col metodo del « cerclage ».

Barker nel 1896 e Heusner nel 1897 propongono nuovi metodi di sutura sottocutanea da loro sperimentati con successo.

König discutendo con Heusner vorrebbe del tutto abbandonati i metodi sottocutanei per operare sempre a cielo scoperto.

Powers pubblica nel 1898 un importantissimo lavoro: « L'intervento operatorio nelle fratture recenti della rotula » basato sopra la statistica di ben 711 osservazioni delle quali 474 personali e 237 raccolte nella letteratura medica.

Sopra questi 711 operati si contano 10 casi di morte (1,4 %): nel % il risultato fu soddisfacentissimo; nel 3 % si ebbero rigidità ar-

ticolari parziali ed indebolimento funzionale; in meno dell'uno per duecento si osservò l'anchilosi completa. Risultati questi tanto più notevoli in quanto che abbracciano anche operazioni fatte in tempi in cui le regole antisettiche e la tecnica operativa nella frattura di rotula erano ben lontane dalla perfezione che hanno raggiunto al giorno d'oggi.

Si può con Gilis dividere la storia della sutura per le fratture di rotula in tre periodi:

1.° Un periodo anteriore all'èra antisettica, durante il quale non si riscontrano che dei casi isolati di sutura con risultati poco incoraggianti.

2.° Un periodo che data dall'inizio dell'èra antisettica, quando Lister praticò per la prima volta questa operazione; si estende dal 1887 al 1888. I chirurghi di questa epoca, temendo l'apertura franca dell'articolazione, cercarono di conservare tutti i vantaggi della sutura senza correre i pericoli dell'artrectomia ed immaginarono i processi di sutura sottocutanea.

3.° Un periodo, nel quale col perfezionarsi del metodo antisettico, il numero dei partigiani della sutura andò sempre aumentando.

Le opinioni chirurgiche in proposito possono poi dividersi in tre classi:

1.° Si evita sempre la sutura.

2.° La si ammette in tutti i casi.

3.° Non la si accetta che in determinate condizioni.

Questa ultima categoria, come quella che si basa su di un criterio il più razionale, ha con sè la maggior parte dei chirurghi e specialmente quelli delle scuole italiane.

In seguito a ricerche mie, ho potuto assicurarmi che Dalle Ore, Bottini, Durante, Bassini, D'Antona, Tricomi, Ceccherelli, Monari, De Paoli, Resegotti, Codevilla praticano la sutura della rotula tutte le volte che il distacco dei frammenti è appena rilevante, e ricorrono all'immobilizzazione ed al massaggio solo quando lo spostamento dei frammenti è minimo.

Abbiamo passato in rivista i principali metodi di cura.

Ora esporremo le nostre idee sull'argomento e metteremo innanzi la linea di condotta che ci proponiamo di seguire, qualora fossimo chiamati a portare il nostro soccorso chirurgico ad un individuo affetto di frattura di rotula.

Abbiamo visto come i disturbi funzionali consecutivi alla frattura di rotula riconoscono come causa principale un *esagerato allungamento dell'osso*, causato da *neoformazione di tessuto osseo o fibroso fra i frammenti.*

Abbiamo visto anche come il lento assorbirsi della raccolta endo-articolare e l'immobilizzazione prolungata possono pure essere causa di inconvenienti non lievi.

Nel trattamento della frattura noi dovremo dunque curare sopra ogni altra cosa la formazione di un callo osseo senza allungamento della rotula e favorire l'assorbimento o la fuor uscita della raccolta sanguigna e dei materiali infiammatori, il tutto combinato con un'immobilizzazione poco prolungata.

Vediamo in quale maniera potremo ottemperare a queste condizioni.

Quando il distacco fra i frammenti è inferiore ad un centimetro, il tessuto osteogenetico e parasteale è nella maggioranza dei casi ancora integro.

In queste condizioni noi potremo ottenere un callo osseo senza notevole allungamento della rotula anche coi mezzi incruenti di cura, ben sapendo che la formazione del callo osseo è sopratutto legata all'integrità di tale tessuto.

Noi, a tutti i congegni più o meno macchinosi di immobilizzazione, diamo la preferenza all'apparecchio a cifra otto (pressione concentrica).

Questo apparecchio, usato nel nostro Ospedale da quasi tutti i chirurghi, ha sopra gli altri il vantaggio della semplicità e della facile applicazione.

I giri di benda a cifra otto agiscono abbastanza bene contro un distacco poco rilevante dei frammenti, la pressione uniforme sul ginocchio favorisce l'assorbimento di una raccolta poco pronunciata.

È ovvio il dire che l'assorbimento sarà pure favorito dalla posizione elevata dell'arto.

Non ci fermeremo sul modo di confezione dell'apparecchio a cifra otto avendolo già descritto.

Diremo solo che per la ferula posteriore noi diamo la preferenza l modello con pedale del Volkmann, modificato dal Bassini, la qual ferula, adattandosi perfettamente alla superficie posteriore dell' arto, meglio d'ogni altra tollerata.

In quanto al mezzo di fasciatura noi ricorriamo alle fascie di garza molto più adattabili e molto più elastiche di quelle di tela.

Nella parte più superficiale dell' apparecchio le fascie di garza verranno poi sostituite da bende amidate, che impediscono l'allentarsi lo spostarsi della fasciatura.

L' apparecchio sarà lasciato in posto per una settimana, fino a quando cioè la raccolta endo-articolare sarà notevolmente diminuita.

Mettendo nuovamente a nudo il ginocchio, si potrà allora esaminare ancor meglio i rapporti dei frammenti, constatare se esiste lontanamento intermediario e se il callo va preparandosi senza un notevole allungamento della rotula.

In caso favorevole la fasciatura verrà ripetuta e lasciata in posto

ancora una settimana per facilitare la formazione e consolidazione di un callo, che ad andamento regolare dovrà essere osseo; indi l'arto verrà liberato allo scopo di iniziare per tempo le cure meccanoterapiche.

Se levata invece dopo una settimana la prima fasciatura constatiamo che l'allungamento della rotula è superiore ad un centimetro e quindi è presumibile che fu lacerato lo strato fibroso plastico sopra rotuleo, ricorreremo senz'altro alla sutura dei frammenti previa artrectomia.

Di questo metodo noi ci varremo il più presto possibile ogni qualvolta il distacco primitivo dei frammenti sarà superiore ad un centimetro. Come sappiamo, questi casi rappresentano la maggioranza, per non dire la quasi totalità delle fratture di rotula; cosicchè il metodo cruento sarà per noi il metodo di elezione e quello che con maggior frequenza ci sarà dato di mettere in opera nella cura di questa lesione.

All' artrectomia ed alla sutura della rotula noi ricorreremo poi anche nei casi di fratture antiche in cui la formazione di un callo anormale ha dato luogo a gravi disturbi funzionali.

Le modalità di sutura da noi preferite sono poi la cucitura diretta delle parti ossee nei casi in cui i frammenti non sono più di quattro; e la sutura circolare (cerclage) della rotula alla Berger quando il numero dei frammenti è maggiore.

Tali mezzi curativi, come abbiamo visto, sono entrati da poco tempo nella pratica chirurgica, ma sono andati man mano imponendosi sopra ogni altro per la razionalità dell'idea direttrice e per la perfezione dei risultati che con essi ci è dato di ottenere.

Permettendo lo svuotamento immediato della raccolta endo-articolare ed il coalito più perfetto fra i frammenti essi vengono ad eliminare le cause principali che si oppongono al ripristino della funzionalità normale nella frattura della rotula.

La sutura della rotula è però una operazione molto delicata e la cui esecuzione richiede l'osservazione completa dei principi di asepsi e di antisepsi. Con questo atto operativo noi veniamo ad aprire una delle più vaste ed importanti articolazioni del corpo, e mettiamo nello stesso tempo allo scoperto un focolaio di frattura, che per l' alterazione dei tessuti rappresenta un terreno favorevole allo svolgersi dei processi infettivi.

Nella Sala San Giacomo ho avuto l'opportunità di praticare e di vedere praticata parecchie volte la sutura di rotula.

I risultati perfetti ottenuti nei nostri atti operativi mi hanno convinto dell'alto valore di un antisepsi diligentissima prima e durante l' operazione di una tecnica rigorosa e completa fin nei particolari più minuti.

E ben volentieri nella descrizione dell'atto operativo io cercherò di attenermi a quanto si fa con tanta perfezione di risultati sotto l'illuminata direzione del Prof. Dalle Ore Chirurgo Primario del Comparto.

Descrizione della sutura di rotula.

Cure preliminari. — L'ammalato che dopo la frattura sarà stato trasportato nel suo letto, deve giacere in decubito dorsale, coll'arto leso sollevato dal piano del letto e mantenuto in estensione permanente a mezzo di una ferula del Bassini ben imbottita d'ovatta ed assicurata con giri di benda.

Il giorno che precede l'operazione, previo bagno generale, verrà fatta una toilette accurata della parte.

L'arto viene liberato dall'apparecchio ed affidato ad un assistente, perchè lo mantenga sollevato e perchè impedisca con ogni cura qualunque movimento di flessione del ginocchio.

Si fa una disinfezione diligente dal polpaccio alla metà circa della coscia, agendo con tutta delicatezza in corrispondenza del focolaio di frattura, onde evitare sofferenze all'ammalato.

Si pratica la tricotomia, lavando poi di bel nuovo con una soluzione di sublimato al millesimo.

Si applica un impacco al sublimato, che si lascerà in posto fino al momento dell'operazione; esternamente dell' impacco verrà rinnovata la fasciatura applicando di nuovo la ferula.

Preparativi. — Lo strumentario comprende:

Un paio di bisturi, due forbici, una retta ed una curva, due pinze anatomiche, una chirurgica, una sonda scanalata, sei pinze Pean, un diseccatore del periostio, una sega, una pinza ossivora ed una a denti da leone, un cucchiajo, un trapano a punteruolo e quattro aghi.

Riguardo alla qualità del filo da usarsi nella sutura dei frammenti diciamo subito che fra tutti è preferibile la seta.

Lister, Lucas Championniere, Durante, Ceci, d'Antona, si servono dei fili d'argento; Bottini, Van der Meulen, Goering di fili di platino; Schede di filo di ferro; Rantze, Rosenbach di fili di catgut; Koenig, Kocher, Metzler di fili di seta.

Noi adoperiamo il N.° 6 della seta che è fornita all' Ospedale Maggiore dalla fabbrica di Sciaffusa e che risponde benissimo allo scopo.

La sutura serve soltanto come mezzo contentivo dei frammenti durante il processo di formazione del callo ed, a questo scopo, mentre non può bastare il catgut, che dopo 8-10 giorni comincia a disgregarsi e ad assorbirsi, risponde benissimo la seta, che per un mese ed anche più conserva tutta la sua resistenza.

I fili di seta offrono poi il vantaggio di non provocare disturbi mediati nel ginocchio colla loro presenza, mentre invece i fili metallici, come lo testifica l'esperienza di parecchi autori, possono essere causa di dolori, anche quando le estremità dei fili vennero secondo la pratica di Van der Meulen ribattuti nell'osso a colpi di martello.

Quanto alla maggior facilità di sterilizzazione accampata da al-

cuni autori in favore dei fili metallici noi siamo d'accordo con essi nel convenire che i fili metallici ci possono dare una garanzia assoluta di sterilità: — però possiamo opporre la convinzione nostra, basata su un quinquennio di pratica e sugli ottimi risultati da noi ottenuti ed affermare che anche la seta può essere ridotta in uno stato di asepsi perfetta colla bollitura discontinua.

Come le sete anche le garze e le salviette che servono ad isolare il campo operativo, vengono preparate colla bollitura discontinua, facendole cioè bollire per un paio di ore tanto la vigilia che il giorno dell'operazione in soluzione fisiologica.

Le sete prima della bollitura verranno passate con acqua e sapone e con alcool assoluto onde sgrassarle.

Gli strumenti, lavati prima con alcool, verranno fatti bollire la mattina dell'operazione per una buona mezz'ora in una soluzione di carbonato di soda all'uno per cento.

Le tele gommate destinate a coprire il letto d'operazione e l'ammalato, i grembiali pei chirurghi, le bacine per gli strumenti, per le garze e per le soluzioni, il laccio elastico verranno immersi 24 ore prima dell'operazione in un bagno di sublimato corrosivo al 3 $^0/_{00}$.

L'operatore e gli assistenti si laveranno le mani per mezz'ora con acqua calda, sapone e spazzola; indi per 5 minuti con una soluzione alcoolica di sublimato corrosivo al 2 per mille, e finalmente, prima dell'intervento, con una soluzione acquosa di sublimato al millesimo.

Due aiuti devono sempre coadiuvare l'operatore; uno attende alla narcosi, l'altro all'assistenza diretta.

Sarà utile anche un terzo che si occupi degli strumenti e delle medicazioni.

L'ammalato, convenientemente preparato, viene trasportato nella sala operatoria e cloroformizzato.

Appena ha cessato di reagire, verrà liberato dalla ferula. Un assistente afferra l'arto per il piede e lo solleva fino a ridurlo perpendicolare all'asse del corpo per favorire il deflusso sanguigno. L'arto è mantenuto in tale posizione per un minuto o due, indi stretto con un laccio elastico alla sua base, è di nuovo abbassato.

Si leva subito l'impacco e si lava nuovamente, e con tutta accuratezza, la regione del ginocchio e le parti vicine con acqua calda e sapone, con soluzione alcoolica di sublimato al 2 per mille, con soluzione acquosa di sublimato al millesimo. Preparata così la regione operatoria, si circonda di salviette e di compresse di garza sterilizzate e si passa all'atto operativo.

L'operatore si colloca a destra dell'ammalato, se l'arto leso è il destro, a sinistra se è il sinistro. L'assistente diretto sta dalla parte opposta.

L'incisione della cute varia a seconda degli autori.

Lister la pratica longitudinale, Trendelenbourg traccia una leggera curva a concavità inferiore, L. Championnière una curva a concavità superiore.

L'incisione che noi preferiamo è quella trasversale secondo la scuola tedesca, la quale con minor lesione di tessuto ci apre un più largo campo di azione.

Essa, cominciata in corrispondenza del condilo interno del femore, vien condotta trasversalmente e con una leggerissima curva a concavità superiore a raggiungere il condilo esterno, passando sul frammento inferiore.

L'ampia breccia ci permette di dominare interamente il focolaio di frattura.

Irrorando la parte con soluzione fisiologica sterilizzata, si vuota l'articolazione dalla raccolta e dai coaguli sanguigni, e si constaterà allora la ubicazione dei frammenti e le lesioni delle parti fibrose.

Si leveranno i coaguli sanguigni ed i frustoli di tessuto che coprono le superfici di frattura e che possono costituire un ostacolo al diretto contatto dei frammenti rotulei.

Le scheggie ossee che eventualmente possono inceppare il coalito, verranno asportate.

Si regolarizzeranno le superfici di frattura ed i tessuti fibrosi nei loro margini di lacerazione.

Finita così la toilette del focolaio si passa alla preparazione dei fori sui frammenti. Nei casi ordinarî di frattura semplice trasversale si faranno col trapano due, tre fori nel frammento superiore ed altrettanti nel frammento inferiore, avendo cura di perforare per lo meno alla distanza di un cm. dal bordo di frattura onde evitare il pericolo di una screpolatura dell'osso.

I fori verranno poi fatti in punti dei frammenti che si corrispondono esattamente. Iniziati sulla faccia anteriore, attraverseranno l'osso in modo obliquo ed andranno a terminare in corrispondenza del punto di unione della faccia posteriore colla superficie di frattura, sicchè avranno direzione dall'avanti all'indietro e dall'alto in basso al frammento superiore, dall'avanti all'indietro e dal basso in alto al frammento inferiore.

Nel caso di tre quattro frammenti si faranno i fori che si reputano necessari ad ottenere ed a mantenere il coalito perfetto.

Stabilite le perforazioni, prima di passare alla sutura noi procediamo sempre all'emostasi della parte, che si fa dopo d'aver allentato il laccio elastico.

In questo modo si rende inutile l'applicazione del drenaggio.

La sutura verrà eseguita facendo passare con un ago i fili di seta attraverso ai due fori, che si corrispondono, ed annodandoli poi più strettamente che è possibile.

Può capitare che uno dei frammenti (nelle fratture trasversali

è quasi sempre l'inferiore) sia troppo piccolo per essere perforato senza inconvenienti. In questi casi i fili verranno passati direttamente attraverso il tendine od il legamento rotuleo, ben intendendo però che il frammento od i frammenti più grossi saranno forati nel modo descritto.

Si procede in seguito ad una sutura molto accurata del periostio e dei tessuti vicini in seta sottile.

In tal modo oltre al favorire il perfetto coalito delle parti molli si verrà a togliere la possibilità che esse si interpongano di nuovo nell'interlinea di frattura.

Lavata un'ultima volta la ferita con soluzione fisiologica, si passa alla sutura a punti staccati della pelle.

La medicazione della parte verrà fatta con garza bollita e cotone, e fissata con giri di benda piuttosto stretti.

L'arto verrà in seguito circondato da ovatta e fasciato con bende di garza ed amidate, previa applicazione della ferula del Bassini.

La narcosi non verrà sospesa prima che si sia assicurata l'estensione permanente dell'arto.

Trasportato il paziente nel proprio letto si avrà cura, perchè giaccia in decubito dorsale coll'arto leso in posizione elevata.

Cure consecutive. — L'andamento normale post-operatorio è dei più semplici.

L'ammalato non presenta alcuna reazione. Tutt' al più si lagna di qualche dolore nei primi tempi dopo l'operazione. La temperatura è quasi sempre normale; può darsi un leggero rialzo febbrile in rapporto ai disturbi gastro-intestinali consecutivi alla narcosi; tale incidente però si dissipa subito colla somministrazione di un purgante.

Nel decorso normale la fasciatura viene rinnovata in decima, dodicesima giornata. Si levano i punti di sutura e si rinnova la medicazione. Colla fasciatura potrà essere rimessa la ferula. Per mio conto però preferisco farne senza, ed estendere la seconda fasciatura soltanto dalla metà della coscia al terzo medio della gamba. Resta così permesso qualche leggiero movimento del ginocchio, che impedisce e rende meno sensibile l' atrofia muscolare e la rigidità articolare.

A proteggere poi l' articolazione dai movimenti di flessione validi od esagerati, che potrebbero disturbare il normale andamento di cicatrizzazione della rotula, basterà sovrapporre alla fasciatura uno strato di bende amidate.

In 15.ª-18.ª giornata il paziente viene liberato da ogni medicazione, comincia subito ad alzarsi e sostenuto dalle gruccie fa i primi tentativi di camminare. In pari tempo viene sottoposto alle cure meccano-terapiche.

Una, due sedute al giorno di massaggio della durata di un quarto d'ora, gli esercizi coll'apparecchio del Krückenberg pei movimenti pas-

sivi, varranno a ripristinare la funzionalità normale dell'arto in meno di un paio di mesi.

Come postumi della lesione pregressa non restano che la cicatrice cutanea e qualche volta un leggero aumento nel volume della rotula, che però non riesce di nessun disturbo funzionale dell' ammalato.

Alcuni chirurghi, il Perrier ad esempio, giudicano superflue le cure meccano-terapiche nelle fratture di rotula, che furono trattate colla sutura dei frammenti.

I movimenti attivi iniziati molto presto coll'appoggio delle gruccie, ontinuate poi con quello del bastone, basterebbero secondo tali auori, a ripristinare la funzionalità dell'arto poco danneggiata da una reve immobilizzazione.

Per mio conto penso però che siano utilissime le applicazioni ıeccano-terapiche, perchè non fanno che coadiuvare il vantaggio, he si può ottenere solo parzialmente coi movimenti attivi compiuti all'infermo.

Casi speciali. — *Fratture comminutive.* Quando la rotula è diisa in cinque o più frammenti la sutura diretta delle parti ossee iesce difficile, e qualche volta impossibile, pel numero e per la picolezza dei frammenti. In questi casi speciali il metodo da noi prerito è la sutura circolare (cerclage) della rotula praticata secondo processo Berger.

Tale operazione viene eseguita in quasi tutti i suoi particolari el modo da noi descritto per la sutura diretta, differisce soltanto el momento della cucitura ossea.

Il materiale di sutura rotulea è qui rappresentato da un solo o di seta robusto o resistente.

La tecnica è quella che vengo esponendo:

Il filo, montato su di un ago piuttosto grosso, è fatto passare ammezzo ai tessuti che prendono inserzione intorno alla rotula, endo cura di rasentare coll'ago la periferia dell'osso: si attraversa pprima il tendine del quadricipite dall' esterno all' interno, indi i ssuti fibrosi, che stanno lungo il bordo interno della rotula, il lemento rotuleo ed i tessuti fibrosi del lato esterno, venendo in que) modo a raggiungere il punto di partenza.

Resta così stabilita intorno alla rotula una specie di sutura a rsa di tabacco, serrando la quale i frammenti verranno messi a ıtuo contatto e sarà impedito qualunque spostamento ulteriore.

Fratture complicate. Per le fratture complicate il metodo opetivo sarà identico a quello già descritto per le fratture semplici. dovrà soltanto nella incisione delle parti molli interessare le fee preesistenti, avendo di mira però di dare al taglio sempre una rezione presso chè trasversale.

È superfluo insistere sulla scrupolosa antisepsi che è necessario

mettere in atto in simili casi. Si potrà anche a maggior precauzione applicare un drenaggio che ad andamento regolare verrà levato verso la sesta giornata.

Fratture antiche. Se per le fratture antiche di rotula noi dobbiamo seguire le stesse norme generali di tecnica operativa che abbiamo suggerite per le fratture recenti, dobbiamo però affermare che l'esecuzione è resa più difficile dalle aderenze, dalle retrazioni cicatriziali, e dalle modificazioni anatomiche che si sono svolte in grembo al focolaio di frattura.

Aperta l'articolazione, bisognerà resecare il callo fibroso, ravvivare le superfici ossee d'affrontamento, e liberare la cavità articolare dei tessuti fibroso neoformati che possono inceppanne i movimenti.

Si prepareranno quindi, come nelle fratture recenti, i fori pel passaggio dei fili, e si verrà alla sutura.

In qualche caso la retrazione del quadricipite può impedire il contatto fra le superfici cruentate.

Per rimediare a tale inconveniente vennero immaginati diversi processi. Smith seziona il tendine del quadricipite tre pollici sopra l'articolazione. Mac Ewen pratica nel tendine e nel muscolo una serie di incisioni a V che permettono l'allungamento necessario. Bergmann consiglia di staccare collo scalpello quel tratto di tuberosità della tibia sul quale si impianta il legamento rotuleo onde spostare in alto il frammento inferiore. Colla stessa veduta il Prof. D'Antona ricorse nel 1888 alla tenotomia del legamento rotuleo con risultato soddisfacente. Chaput consiglia di scollare il muscolo quadricipite dalle sue inserzioni femorali per l'altezza necessaria all'affrontamento.

Non ho avuto, per conto mio, la possibilità di raccogliere sull'argomento contributo alcuno d'esperienza clinica. Mi sembra tuttavia che questi metodi, mentre da una parte favoriscono il contatto fra i frammenti, vengono dall'altra ad indebolire le connessioni del muscolo quadricipite a tutto svantaggio della funzionalità dell'arto.

Ed è per tale veduta che darei, per conto mio, la preferenza al metodo del Mac Ewen, o a quello del Bergmann che meno danneggiano tali connessioni.

Il metodo del Chaput mi sembra di pratica difficile per non dire impossibile.

Altri inconvenienti possono nelle fratture antiche di rotula ostacolare il ripristino della funzionalità completa dell'arto.

Lo stato atrofico del quadricipite che prolungato per molto tempo può acquistare carattere di permanenza; il processo d'osteite rarefacente cui va incontro la porzione fratturata, che può rendere difettoso il coalito.

Eventuali alterazioni nella sinoviale del ginocchio e l'indurimento dei tessuti capsulari possono pure opporsi al ripristino dei movimenti.

Cosicchè possiamo dire senza tema di smentita, che i risultati operativi sono nelle fratture antiche di rotula di molto inferiori a quelli ottenuti nelle fratture recenti.

CONTROINDICAZIONI ALLA SUTURA DI ROTULA. — Come atto operativo di elezione la sutura di rotula sarà controindicata per tutti gli individui le cui cattive condizioni generali potranno far dubitare del risultato operativo, e per tutti coloro cui la narcosi può rappresentare un reale pericolo.

Anche l'età può fino ad un certo punto rappresentare una contro indicazione.

Sono citati dagli antori parecchi casi di sutura di rotula eseguiti in individui, che avevano passato di molto la sessantina e nei quali si sono ottenuti ottimi risultati.

Noi crediamo di assegnare come limite massimo d'età per l'intervento operativo nelle persone robuste il 65.°-68.° anno di vita.

Altre controindicazioni alla sutura si debbono ritenere i casi nei quali la frattura della rotula vada associata a processi infiammatori acuti, cronici o specifici articolari, od a fratture di altre parti scheletriche vicine.

Naturalmente nei casi in cui è contro indicata la sutura di rotula, ricorreremo all'apparecchio a cifra otto ed alle cure meccanoterapiche.

Nei precedenti capitoli abbiamo passato in rivista gli inconvenienti che possono susseguire alla cura incruenta della frattura di rotula.

Prima di venire alla esposizione dei casi clinici da me raccolti, sento il dovere di discutere gli appunti mossi dai sostenitori della cura incruenta alla sutura della rotula.

Le accuse maggiori che si fanno al metodo cruento e da me ritenuto come metodo ideale nella maggioranza dei casi, si possono ridurre a due:

1.° Il pericolo della narcosi.

2.° Il pericolo di una forma infettiva che può accidentalmente seguire all'atto operativo.

Tali accidenti, che possono condurre a conseguenze gravissime, sono per buona sorte quasi sempre evitabili, e noi cercheremo di provarlo.

Se nei primi tempi era giustificabile il timore della narcosi, al giorno d'oggi ci siamo così impratichiti nel suo uso che davvero non è più plausibile l'essere timorosi, sebbene ci incomba sempre il dovere di essere guardinghi.

I casi di morte, non molto rari allorchè fu introdotto l'uso del cloroformio nel campo chirurgico, sono andati man mano scemando

col perfezionarsi della tecnica di somministrazione, col migliorare le qualità chimiche del cloroformio, coll'assicurarci della sua purezza e specialmente colla introduzione della narcosi mista.

Se noi esaminiamo le statistiche che furono pubblicate in questi ultimi anni sulla mortalità nella narcosi, potremo convincerci ancora meglio della assoluta rarità di tali accidenti.

Il Billroth porta un solo morto sopra 12.500 narcosi, il Nussbaum uno sopra 15,000, il Baudens uno sopra 20,000,

D'altra parte il Durante cita 10,000 narcosi senza un caso di morte, Poncet M. 25,000; Ollier 40,000; Syme e Bardeleben 30,000 casi senza un solo decesso.

Davanti a queste cifre espressive appare evidente, come il pericolo di morte può essere considerato quasi trascurabile, quando la narcosi è affidata a buone mani.

Queste statistiche poi non comprendono soltanto i casi di narcosi fatte per atti operativi semplici o d'elezione, ma anche si riferiscono a quelli nei quali la anestesia si impone per operazioni gravi e laboriose, in individui affetti da lesioni renali, cardiache o polmonari, e noi sappiamo quale contributo tali forme possono portare alla percentuale di mortalità.

Dall'inizio della mia carriera chirurgica, oramai di data piuttosto lontana, non ho visto che un caso solo di morte per cloroformio, e si trattava di un individuo già affetto da scarlattina, nel quale un osteomielite acuta della tibia che imponeva l'atto operativo, si era complicata con un processo nefritico.

Senza essere così assoluto come il Sedillot, il quale in un processo celebre ebbe a dichiarare che « le cloroforme pure et bien employé ne tue jamais », noi pensiamo che in un atto operativo d'elezione, qual'è la sutura della rotula, gli accidenti dovuti alla narcosi debbono essere estremamente rari, e direi quasi trascurabili, quando però la narcosi sia affidata a mani esperte e prudenti.

.... L'altra accusa rivolta alla sutura riguarda i pericoli di una eventuale forma infettiva. Infatti la minima negligenza nelle regole antisettiche potrebbe determinare nel focolaio di frattura e nell'articolazione una forma suppurativa con tutte le conseguenze deleterie che ne possono derivare. Anche noi consci di un tanto pericolo abbiamo trovato opportuno ricordarlo ed abbiamo tanto insistito sui precetti di scrupolosa antisepsi da seguirsi in ogni caso.

E poichè coi metodi perfetti di disinfezione attualmente in uso noi possediamo i mezzi per metterci totalmente al riparo da ogni sospetto di infezione negli interventi operativi, è soltanto per incitare i chirurghi alla osservanza rigorosa delle regole antisettiche, che noi insistiamo su tale minaccia.

Chi non è sicuro dell'ambiente nel quale deve operare e degli assistenti dei quali dispone, chi non possiede i mezzi necessari ad

ına disinfezione corretta, deve astenersi da un atto operativo nel quale la minima inesattezza potrebbe comprometterne l'esito, e talvolta anche la vita dell'ammalto.

È però al giorno d'oggi stretto dovere di chi dirige un istituto chirurgico il sapersi creare un ambiente all'altezza delle esigenze moderne, il sapersi circondare da tutto quanto può garantire il buon andamento di un atto operativo.

Il Verneuil nel 1883, parafrasando il Vangelo a proposito della sutura di rotula, venne a dire che non si attentava di fare sugli altri un'operazione che non avrebbe mai lasciato fare a sè stesso.

Nulla di più giusto e di più umano in linea generale.

Da parte mia però, convinto dell'eccellenza della sutura sopra ogni altro metodo curativo, non esiterei, nel caso disgraziato di frattura di rotula, a sottopormi all'operazione piuttosto di rimanere immobilizzato per una cinquantina di giorni in un apparecchio, colla quasi certezza di restar poi per tutta la vita con un arto invalido. del mio parere furono anche tutti gli individui che vennero operati di sutura di rotula all'Ospedale Maggiore, e che ho avuto occasione di rivedere in questi ultimi tempi. Felicissimi dell'esito, si dichiaravano pronti a ricorrere di bel nuovo all'atto operativo nel caso malaugurato di una seconda frattura.

E tornando per conchiudere alla massima evangelica del Verneuil, io la vorrei trasportata nel campo operativo ed osservata nella diligenza dei preparativi, nella correttezza dell'esecuzione.

Vorrei, cioè, che ogni chirurgo, nell'accingersi a praticare la sutura di rotula, potesse trovarsi al corrente di tutti i particolari che riguardano l'asepsi e l'antisepsi, ed usare nei preparativi e nella esecuzione tutte le cautele che metterebbe in atto qualora si trattasse di sè stesso.

Osservazioni.

Le storie clinicbe che qui vengo esponendo a sommi capi, si riferiscono ad individui, che furono ricoverati dal 94 a tutt'oggi all'Ospedale Maggiore per frattura di rotula, e che ho avuto l'opportunità di rivedere e studiare in questi ultimi tempi (Agosto-Settembre 1899).

Essendo essi stati trattati con differenti mezzi di cura, ci offrono un interessante materiale di confronto per stabilire il valore e dei risultati ottenuti dai diversi metodi curativi messi in atto.

Alcuni di questi individui furono da me seguiti fin dal momento della frattura, e per essi mi troverò nella possibilità di una più ampia illustrazione.

Per gli altri, che ho potuto seguire soltanto nei risultati postumi, dovrò limitarmi a quanto ho trovato nei registri, nelle cedole cubiculari, ed alle informazioni ottenute dagli ammalati.

Non ho neppure tralasciato nelle mie ricerche di richiedere informazioni ai colleghi che avevano sott'occhio gli infermi.

Mentre poi ho cercato di usare la massima attenzione e la maggiore esattezza nel rilevare le condizioni attuali della rotula e lo stato anatomico e funzionale dell'arto, ho avuto cura nell'esposiz... di attenermi soltanto ai fatti più salienti delle storie cliniche per n... prolungare di troppo il mio lavoro.

Devo poi alla cortese cooperazione del Dott. Zambelli, se a maggior schiarimento ho potuto aggiungere otto radiografie che riguardano i varî tipi di consolidazione della rotula, e che ancora meglio dei dati raccolti all' esame esterno ci indicano le condizioni del ginocchio dopo la guarigione della frattura.

Ed ora veniamo ai singoli casi, avvertendo che ho adottato nella esposizione del mio contributo clinico la razionale e pratica classificazione stabilita dal Chaput, che io ho già citato antecedentemente trattando dei diversi possibili tipi di frattura rotulea.

Osservazione 1.ª

Bellani Celeste, di anni 19, operaio di Milano, viene portato all'ospedale Maggiore il giorno 9 Maggio 1897 con frattura della rotula sinistra.

Dall'interrogatorio si rileva che poco prima era caduto battendo il ginocchio sinistro contro una boccia di legno.

Aveva sentito un dolore vivissimo al ginocchio stesso e si era trovato nella impossibilità di muoversi dal posto, ove era caduto.

S. P. — Individuo di costituzione piuttosto gracile, presenta al collo segni di pregresse forme scrofolose. Nulla di anormale all'esame degli organi interni.

E. O. — Il ginocchio sinistro è tumefatto, tondeggiante e si trova in flessione permanente di circa 150°.

La pelle che lo ricopre è tesa, lucente e di colorito leggermente bluastra.

Sono scomparse le sporgenze e le depressioni anatomiche della parte.

La circonferenza dell'arto, presa nel punto più culminante della tumefazione, misura cm. 6 più di quella presa allo stesso livello sul ginocchio destro.

Si risveglia dolore vivissimo alla pressione ed ai più lievi movimenti impressi all'arto. La dolorabilità è invece sopportabile nei momenti di riposo.

Alla palpazione si riscontra una manifesta fluttuazione nel ginocchio; si riconosce che la rotula è divisa in 2 porzioni, la superiore molto grossa della inferiore; fra esse esiste una distanza di circa cm. 3, riscontrabile soltanto ad una palpazione profonda.

All'esame del frammento inferiore si percepisce uno scricchiolio che ci fa pensare ad una suddivisione di esso in due o più frammenti.

Nessuna deviazione nell'asse dell'arto e neppure differenza in lunghezza rispetto all'arto sano.

Pel momento viene applicata la ferula del Bassini e messo l'arto in posizione elevata.

Deciso l'intervento operativo, l'ammalato viene nel giorno 10 sottoposto ai preparativi da noi dianzi accennati.

L' operazione è eseguita la mattina del giorno 11 dal primario della sala, Prof. Dalle Ore.

Incisione trasversale dei tessuti molli. Si nota una vasta raccolta ema-

Fig. 1.

endoarticolare, che viene svuotata. Coaguli fibrinosi e lembi di tessuto › frapposti alle superfici di frattura.

Il frammento superiore è rappresentato da due terzi della rotula. La ione inferiore, più piccola, è suddivisa da due lineo irregolarmente ver- .i in 3 frammenti, uno dei quali piccolissimo è quasi isolato e quindi si › asportare.

Eseguita una diligente toilette della parte, regolarizzate le superfici ə di frattura e i margini di lacerazione delle parti molli si passa alla stasi ed alla sutura. Il frammento superiore viene forato in tre punti. I menti inferiori, che per la loro piccolezza non si prestano alla perfo-

razione, sono circondati dai fili di seta fatti passare attraverso alle parti tendinee. L'affrontamento riesce completo.

Sutura del periostio, delle parti fibrose, e della pelle. Medicazione.

Decorso regolare. Apiressia.

La medicazione viene rimossa in ventesima giornata. Si levano i punti. Si trova cicatrizzazione dei tegumenti e consolidazione completa delle parti ossee.

In 21.ª giornata l'ammalato comincia ad alzarsi, e vengono iniziati il massaggio ed i movimenti attivi e passivi della parte; in 30.ª giornata il Bellani cammina già abbastanza bene, esce dall'Ospedale e continua la cura meccano-terapica in un ambulatorio della città. Dopo 2 mesi e mezzo, completamente ristabilito, riprende il proprio mestiere d'operaio

Ho potuto rivedere il Bellani nell'Agosto di quest'anno. Mi assicurò di sentirsi perfettamente bene e di non avere avuto a lamentare alcun inconveniente alla parte lesa, quantunque nel proprio mestiere di meccanico sia tuttora obbligato a smuovere dei pesi gravosi. Non risente differenza alcuna nella forza dei due arti, nessuna sofferenza nei cambiamenti di tempo, nessun impaccio nel salire e nel discendere le scale. All' esame della parte ho potuto notare che la rotula fratturata misura in lunghezza appena mm. 2 più della sana. Il callo osseo è perfetto. Non esiste atrofia muscolare: la circonferenza, presa in diversi punti simmetrici delle cosce, non presenta alcuna differenza. I movimenti di flessione e di estensione sono completi. Il risultato è quindi perfetto sotto ogni riguardo.

Dalla radiografia, che unisco (Vedi Radiografia 1.ª) si rileva la normale disposizione delle parti anatomiche e la perfezione del callo osseo.

Osservazione 2.ª.

Rizzi Angelo, d'anni 16, fruttivendolo di Gaslino d'Erba. Viene ricoverato nella Sala S. Giacomo dell'Ospedale Maggiore il 5 Luglio 1896 per frattura trasversale della rotula destra, riportata 12 giorni prima per caduta accidentale da un ponte di fabbrica.

Distacco fra le due porzioni rotulee di circa 2 cm. Rilevante raccolta sanguigna endoarticolare; nessun'altra complicazione.

Fasciatura contentiva provvisoria posizione elevata dell'arto.

Intervento operativo il giorno 7 Luglio (Dalle Ore).

Incisione trasversale delle parti molli. La rotula era divisa in tre frammenti: uno superiore e due inferiori.

Regolarizzazione delle superfici ossee di frattura e delle parti molli lacerate. Emostasi. Sutura dei frammenti con i tre punti in seta. Sutura del periostio, dei tessuti fibrosi, della cute. Medicazione con ferula del Bassini. Andamento regolare. Apiressia. I punti superficiali vennero levati in 12.ª giornata, ed in 15.ª venne tolto l'apparecchio. Consolidazione completa delle parti ossee e dei tegumenti. L'ammalato, che nello stesso giorno ha cominciato a camminare sorreggendosi colle gruccie, volle uscire a tutti i costi dall'Ospedale il giorno dopo.

Ecco le condizioni attuali: Callo osseo. Lunghezza delle due rotule eguale (cm. 6,3). Nessun indizio di atrofia del muscolo quadricipite. Funzionalità dell'arto normale.

Ha ripreso il lavoro tre mesi dopo l'accidente, nè ha più sofferto alcun disturbo nella località della lesione.

OSSERVAZIONE 3.ª

Percivaldi Pietro, d'anni 38, famiglio di Gaggiano, il giorno 9 Luglio 1896 adeva accidentalmente a terra battendo il ginocchio destro su di una spor- renza dello acciottolato.

Veniva trasportato all'Oopedale Maggiore il giorno stesso con frattura ella rotula destra. All'esame si riscontrava ingrossamento notevole del gi- occhio causato dalla raccolta ematica; la frattura era trasversale e fra i ammenti esisteva un distacco di circa cm. 2,5.

L' operazione venne eseguita il giorno 10 (Dalle Ore). La rotula era ivisa in due frammenti, dei quali il superiore grosso 2 volte l' inferiore. vuotata la raccolta, regolarizzate le superfici ossee di frattura e le parti olli fibrose, fatta la emostasi, si procedeva alla sutura della rotula con ie punti di seta robusta.

Sutura del periostio, delle parti fibrose e della pelle. Medicazione colla rula del Bassini.

Decorso regolare.

La fasciatura, rimossa dopo 15 giorni per levare i punti cutanei, venne lta definitivamente in 22.ª giornata.

Cicatrizzazione per prima dei tegumenti, saldamento osseo della rotula.

L' ammalato fu trattenuto in sala ancora un mese per le cure mec- noterapiche.

Quando ritornò al proprio paese era in grado di camminare senza so- gno alcuno, l' atrofia del quadricipite era minima, l'ampiezza dei movi- nti dell'arto quasi normale.

Stato attuale. — Rividi il Parcivaldi quest'anno.

Mi disse che venti giorni dopo l' uscita dall' Ospedale aveva ripreso il lavoro, e l' aveva sempre continuato senza incomodo alcuno da parte la rotula lesa.

Il callo è osseo, le due rotule sono di lunghezza pressochè uguali (1 mm. differenza), è scomparsa totalmente l'atrofia del quadricipite, i movimenti o completi. Soltanto nei cambiamenti di tempo qualche dolore al ginoc- o destro gli fa ricordare la lesione.

OSSERVAZIONE 4.ª

Raimondi Angelo di Castellanza, d'anni 46, falegname, entra nell'Ospe- Maggiore e viene collocato in Sala S. Giacomo il giorno 10 Agosto 1896.

Dall'interrogatorio risulta che il giorno prima era stato colpito da un io di cavallo sul ginocchio sinistro.

Dolore vivissimo della parte ed impossibilità a muovere l'arto.

All'esame obbiettivo si rileva che la parte lesa è tumefatta e tondeg- ıte per una vasta raccolta sanguigna endo-articolare.

La pelle della regione è in alcuni punti di colorito brunastro, in al- normale.

Si riscontra che la rotula è manifestamente divisa in due frammenti un distacco trasversale di circa cm. 2, 5.

Per il momento viene applicato l'apparecchio contentivo e la vescica di ccio sulla località lesa. Deciso l'intervento operativo, è eseguito il giorno dal Dott. Bussola Chirurgo Aggiunto dell'Ospedale.

Incisione trasversale delle parti molli.

L'articolazione viene accuratamente vuotata dalla raccolta e dai coaguli fibrinosi che la riempiono.

I frammenti, in numero di 2, vengono liberati dalle parti molli e dai coaguli in essi frapposti.

Regolarizzate le superfici ossee di frattura ed i tessuti molli, si passa all'emostasi ed alla sutura ossea dei frammenti che si fa con tre punti di sutura in seta.

Sutura delle parti connettive e della cute. Medicazione colla ferula del Bassini.

Il decorso fu dei più regolari.

La medicazione cambiata in 8.ª giornata, per togliere i punti di sutura superficiali, viene poi definitivamente levata tn 15.ª giornata.

L'ammalato non soffrendo più alcun disturbo alla parte vuole tornare al proprio paese a tutti i costi, cosa che a malincuore gli si deve accordare.

Gli viene raccomandato però il riposo a letto per cinque o sei giorni ancora indi la cura col massaggio e coi movimenti passivi.

Condizioni attuali. — Il Raimondi racconta di aver potuto ripigliare il lavoro due mesi dopo la frattura.

La lunghezza delle due rotule è uguale (cm. 7).

Non esiste atrofia del quadricipite: la circonferenza presa in punti simmetrici delle due coscie è eguale.

La funzione dell'arto è perfetta tanto per ampiezza nei movimenti, come per forza muscolare.

Non riscontrò mai alcun disturbo alla parte.

OSSERVAZIONE 5.ª

Pirovano Giuseppe, d'anni 49, contadino di Besana, è accolto nella Sala S. Giacomo dell'Ospedale Maggiore il 31 Dicembre 1897.

Due giorni prima era caduto nel discendere da una scala e, batten... il ginocchio destro su di uno scalino, si era fratturato la rotula.

Rilevante gonfiore del ginocchio, distacco trasversale fra le porzi... fratturate di circa 2 mm., nessun altra complicazione. Apparecchio contenti... provvisorio, posizione elevata dell'arto.

Operazione il giorno 3 Gennaio (Dalle Ore).

Apertura ampia dell'articolazione. La linea trasversale di frattura c... rispondeva al terzo inferiore della rotula; la porzione inferiore era sud... visa in due frammenti secondari. Toilette del focolaio di frattura e d... cavità articolare. Emostasi. Sutura dei frammenti con due punti in ... robusta.

Decorso regolare. Apiressia. I punti superficiali vennero levati in ... giornata. L'apparecchio inamovibile in 17.ª. Guarigione ossea della rot... L'ammalato comincia subito ad alzarsi ed a camminare colle gruccie.

Dopo 10 giorni di massaggio e di movimenti passivi potè uscire d... l'Ospedale appoggiandosi ad un sol bastone.

Stato attuale. — Le condizioni locali sono ottime. Nessun dist... funzionale. Le due rotule sono di lunghezza pari. La forza nei due arti è ug...

OSSERVAZIONE 6.ª

Barbareschi Angelo, d'anni 46, facchino di Milano, entra il 12 Aprile 1899 lla Sala di S. Giacomo per frattura trasversale della rotula sinistra riporta poco prima cadendo a terra dall'altezza di circa 2 metri.

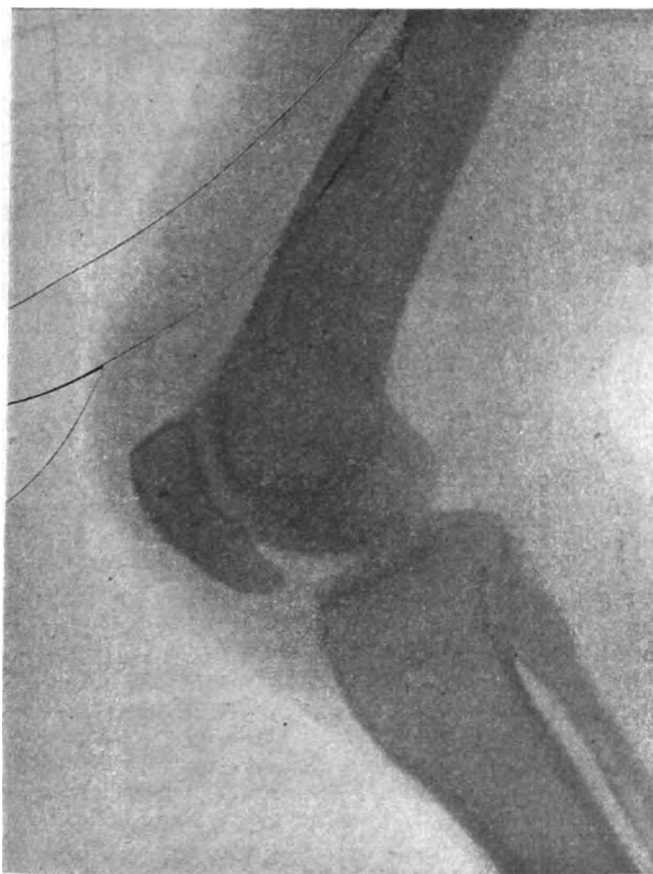



Fig. 2.

Il gonfiore rilevante del ginocchio non impedisce di constatare un di- ;o ragguardevole che esiste fra i frammenti.

Fasciatura contentiva provvisoria.

L'operazione veniva eseguita il giorno dopo (Dalle Ore).

Incisione trasversale dei tegumenti. Asportati i coaguli fibrinosi che stanno nti alla rotula, si mettono a nudo i due frammenti nei quali essa è divisa. Il superiore, voluminoso, rappresenta i $^3/_4$ della rotula, l'inferiore, più lo, il rimanente. Toilette della cavità articolare e del focolaio di frat- . Emostasi della parte. Sutura dei frammenti con due punti di seta robusta,

Sutura del periostio e delle membrane fibrose in seta sottile. Sutura della cute, medicazione.

Andamento post-operativo regolare. Apiressia. I punti di sutura cutanea vengono levati in 10.ª giornata ed in 15.ª anche la fasciatura. Massaggio e movimenti passivi. L'ammalato sortì dall'Ospedale il giorno 11 Maggio.

Ecco le condizioni attuali (quattro mesi dopo la frattura):

Rotula sinistra cent. 6,5 di lunghezza, rot. destra cm. 6,3. L'estensione è perfettamente regolare; la flessione si compie secondo un angolo di 45°. Si nota leggera differenza nella muscolatura delle coscie: la circonferenza presa in punti simmetrici delle due coscie è per la sinistra inferiore di $^1/_2$ cm. La funzionalità e la forza dell'arto, a detta del paziente, sono normali. Egli ha ripreso il lavoro normale fin dal Luglio. Attualmente lavora più di 10 ore al giorno senza faticarsi molto. Monta e discende le scale con facilità portando sulle spalle anche pesi rilevanti.

Ho fatto eseguire la radiografia del presente caso (Vedi Radiografia N 2), onde constatare una volta di più la guarigione ossea normale nella frattura di rotula curata colla sutura. La leggera limitazione del movimento di flessione, riscontrata in questo caso, è soltanto in dipendenza della rigidità articolare e sarebbe già scomparsa se il paziente, uscito dall'Ospedale, avesse seguito il nostro consiglio di esercitarsi nei movimenti passivi dell' arto.

Osservazione 7.ª

Sainaghi Giovanni, d'anni 63, contadino, il giorno 17 Agosto 1895 cadeva accidentalmente a terra, battendo il ginocchio contro il selciato. Ne risentì un dolore vivissimo e si trovò impossibilitato a muoversi. Trasportato all' Ospedale Maggiore il giorno stesso della lesione, si riscontra frattura trasversale della rotula destra con distacco dei frammenti di circa 3 cm., accompagnata da un enorme raccolta ematica endo-articolare. Messo provvisoriamente l'apparecchio a cifra 8, viene decisa l'operazione e praticata il giorno 19 Agosto dal dott. Della Porta, Chirurgo Aggiunto.

Col solito taglio trasversale si apre ampiamente l'articolazione. Si constata *de visu* il distacco notevole dei frammenti e l' interposizione fra essi di frustoli di tessuto e di coaguli fibrinosi. Le superfici ossee di frattura sono irregolarmente frastagliate. Eseguita un' accurata toilette della parte, regolarizzate le superfici di frattura ed i margini di lacerazione dei tessuti molli, si passa all' emostasi ed alla sutura della rotula, che si fa con due punti di seta. Sutura dei tessuti fibrosi, della pelle. Medicazione con ferula a pedale.

Decorso dei più regolari. Apiressia completa. Dopo 8 giorni si rinnova la fasciatura per togliere i punti superficiali. Cicatrizzazione per prima delle parti molli. Nessuna reazione locale. La fasciatura dell'arto viene rinnovata senza ferula e viene stesa solamente dalla metà della coscia al terzo medio della gamba. In 23.ª giornata l' ammalato viene completamente liberato da ogni fasciatura. Guarigione ossea della rotula lesa. Il ginocchio destro, benchè ancora un poco ingrossato, è in ogni punto indolente anche alla pressione. La lunghezza delle due rotule è uguale (cm. 6,3). L'atrofia del quadricipite non è nemmeno rilevabile alla misurazione: la circonferenza delle coscie, presa in punti simmetrici, risulta uguale. Il Sainaghi ap-

ena sfasciato solleva con tutta facilità il calcagno dal piano del letto a amba tesa ed invitato a camminare colle gruccie, lo fa abbastanza spedimente; gli è anche possibile un leggero movimento attivo di flessione del inocchio leso.

Informazioni recentissime (28 Settembre) mi dicono che l'ammalato può à camminare appoggiato ad un solo bastone e può già attendere par-almente al proprio lavoro.

Osservazione 8.ª.

Bianchi Angelo, d'anni 66, contadino, di Melegnano, viene ricoverato la sala S. Giacomo nell'Ospedale Maggiore, il giorno 12 Dicembre 1899 frattura di rotula. La lesione datava dal giorno prima. Il paziente ucciolando era caduto, battendo il ginocchio destro contro un punto sporate del selciato.

La regione lesa era manifestamente ingrossata, fra i frammenti rotulei notava un distacco trasversale ragguardevole.

L'operazione, che con gentile pensiero il prof. Dalle Ore, mio venerato estro, mi volle affidare, venne da me eseguita il giorno 15 Dicembre.

La rotula era divisa in cinque frammenti, due grossi superiori, e tre eoli inferiori.

Coaguli sanguigni, frustoli di tessuto connettivo, tappezzavano le sufici ossee di frattura, e ne impedivano il contatto.

La lacerazione del legamento laterale interno era molto ampia, quella legamento laterale esterno era limitata dal tendine del muscolo tensore a fascialata. Il distacco tra i frammenti era di circa due centimetri.

Liberate le superfici ossee dei coaguli e dei frustoli di tessuto che le ezzavano, asportato il frammento inferiore più piccolo, si preparano i per il passaggio dei fili.

L'emostasi non fu necessaria, perchè non venne fatta alcuna sezione ıfuori del taglio della cute.

Sutura dei frammenti, delle parti molli profonde, della cute. Medicazione.

Decorso regolare. Apiressia.

La medicazione viene tolta in 18.ª giornata. Si levano i punti.

Cicatrizzazione completa delle parti molli e della rotula.

L'ammalato invitato a levarsi, subito può farlo abbastanza facilmente ò altresì camminare appoggiandosi ad un infermiere.

Non si nota atrofia della musculatura della coscia.

Sedute giornaliere di massaggio, movimenti attivi e passivi continuati otto giorni, lo mettono in condizione di camminare abbastanza spedinte, e di uscire dall' Ospedale da solo, appoggiandosi ad un semplice ne, 29 giorni dopo la lesione.

Ho voluto aggiungere agli altri questi due casi recentissimi di ra di rotula per diverse ragioni:

In primo luogo per il risultato splendido ottenuto, secondariae perchè essi vengono in appoggio dell' asserzione nostra che ofia muscolare è nei primi tempi dell'immobilizzazione affatto inficante. Noi sappiamo, anche per studì fatti da varî autori, come

il processo atrofico muscolare non s'inizi nelle fratture curate cogli apparecchi che 12 giorni all'incirca dalla lesione. Nei nostri ammalati l'atrofia dei muscoli non era rilevabile coll'esame obbiettivo nemmeno alla guarigione della frattura.

Questi casi ancora vengono a dimostrare, come anche nell'età senile si possa colla sutura diretta della rotula ottenere una rapida formazione di callo osseo.

OSSERVAZIONE 9.ª

Pirotta Carlo, d' anni 52, contadino di Vaprio, veniva trasportato al l'Ospedale Maggiore il giorno 9 settembre 1894. Otto giorni prima cadendo a terra in seguito a deliquio aveva battuto il ginocchio sinistro contro il selciato e si era fratturata la rotula corrispondente.

Il distacco fra i frammenti e la raccolta endo-articolare erano insignificanti, sensibilissimo invece lo scroscio osseo di frattura. Tanto prima a domicilio, quanto poi all'Ospedale fu curato coll'apparecchio immobilizzante.

Levata la fasciatura dopo 28 giorni, si constatava guarigione ossea della rotula.

L' ammalato cominciò subito ad alzarsi ed a camminare sostenendosi colle gruccie. Due giorni dopo veniva inviato a domicilio.

Ho avuto occasione di rivedere il Pirotta nel mese di settembre del corrente anno. Non ha fatto cure meccano-terapiche.

Mi disse che a domicilio dopo 35 giorni di convalescenza aveva potuto ripigliare le sue occupazioni. La rigidità articolare si era però mantenuta ancora per un anno.

La rotula lesa, tutta d'un pezzo, misura 1 mm. e mezzo più della sana. I movimenti dell' arto sono regolari. Non esiste atrofia del quadricipite. L'arto ha ripigliato il vigore primitivo e permette al paziente di attendere anche a lavori faticosi senza inconveniente alcuno. Soltanto qualche leggero dolore al ginocchio nei cambiamenti di tempo fa ricordare al Pirotta la lesione pregressa.

Molto verosimilmente in questo caso di frattura *diretta* l' integrità dello strato fibro-plastico sopra rotuleo, assieme al distacco insignificante fra i frammenti, ha permesso la guarigione ossea normale anche col semplice apparecchio contentivo.

OSSERVAZIONE 10.ª

Galimberti Giuseppe, d' anni 50, fattore di Comabbio. Il giorno 9 ottobre 1894 mentre scendeva da una scala, essendogli scivolato un piede, cadeva battendo il ginocchio destro contro la sporgenza di un gradino.

Trasportato all' Ospedale veniva riscontrata frattura trasversale della rotula destra con distacco leggero fra i frammenti. La raccolta di sangue endo articolare era poco rilevante.

Viene applicato l'apparecchio a cifra otto e messo l'arto in posizione elevata.

La fasciatura fu tolta dopo 38 giorni e dopo altri 5 giorni l'ammalato ritornò a casa propria.

Ho potuto vedere il Galimberti nel Settembre 1899. Mi disse che a domicilio dovette stare in riposo ancora per due mesi, poi a poco a poco ha potuto riprendere le sue occupazioni normali.

Attualmente la rotula lesa misura cm. 7,5 di lunghezza, 1/2 cm. più della sana. La larghezza è normale. La guarigione ha avuto luogo per un breve e robusto callo fibroso, lungo appena 1/2 centimetro e non distensibile nella flessione. I movimenti dell'arto sono liberi (tipo 1.° varietà fibrosa). Leggera atrofia del quadricipite di destra: la misura, presa al 3.° medio lelle due coscie, dà una differenza di 1/2 mm. a svantaggio della destra. La forza muscolare è pressochè uguale in ambedue gli arti.

Il Galimberti dice che sta bene e che se qualche dolore non venisse a listurbarlo di tanto in tanto, specie in cambiamenti atmosferici, egli non i ricorderebbe nemmeno più della lesione.

OSSERVAZIONE 11.ª

Faida Caterina d'anni 54, fruttivendola di Milano, entra nell'Ospedale laggiore il giorno 7 Settembre 1897. Poco prima cadendo accidentalmente terra batteva il ginocchio destro contro il selciato.

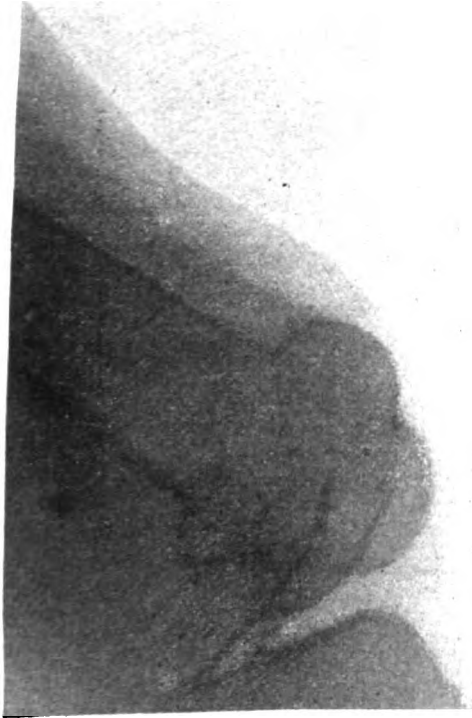



Fig. 3.

Si riscontra frattura trasversale della rotula destra con notevole emartro, on distacco fra i frammenti di circa cm. 1,5.

Viene applicato l'apparecchio a cifra otto e mantenuta per due giorni vescica di ghiaccio sulla località della lesione. La fasciatura viene rin-

novata un paio di volte durante l' immobilizzazione e tolta definitivamente dopo 35 giorni. Massaggio e movimenti passivi.

Lascia l'Ospedale 43 giorni dopo la malattia.

Condizioni attuali. — La Faida non è ancora ristabilita; ha smesso di appoggiarsi alle stampelle soltanto 2 mesi fa (20 mesi dopo la frattura)

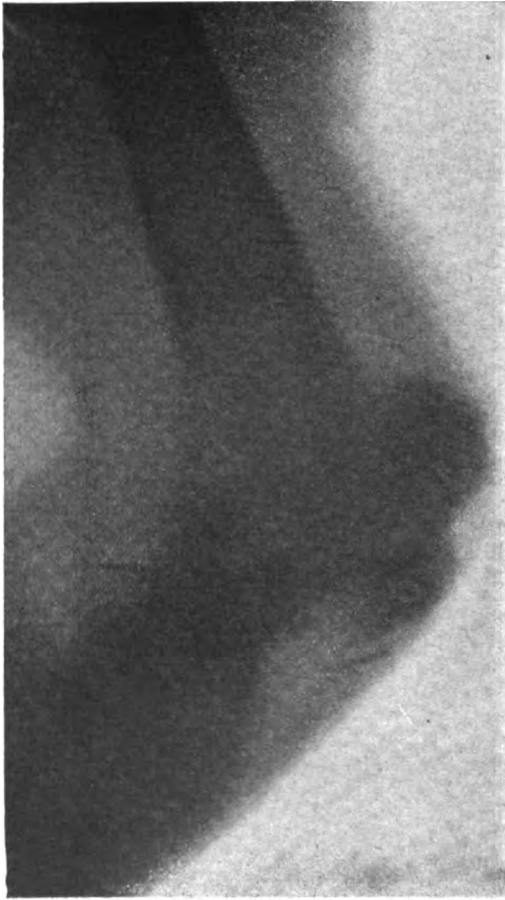



Fig. 4.

ed attualmente, quando cammina, è ancora obbligata ad appoggiarsi ad un bastone. La guarigione ha avuto luogo con callo osseo, ma con notevole allungamento della rotula. La rotula ammalata misura cm. 7,5, quella sana 5,5. La flessione del ginocchio è appena pronunciata (160°), l' estensione si compie relativamente bene (Tipo 2.°, varietà ossea). Ragguardevole è l'atrofia del quadricipite: la circonferenza, presa sulle due coscie in punti simmetrici, dà una differenza di cm. 2, a scapito della destra.

La radiografia di questo ginocchio (vedi Radiografia 4.ª) ci mostra

chiaramente le condizioni della rotula lesa, che, come abbiamo detto, è guarita secondo il tipo 2.° del Chaput — varietà ossea. Noi già sappiamo, come in questo tipo di guarigione la rotula allungata si trovi durante la flessione nella impossibilità di scorrere intorno alla troclea femorale, onde il movimento resta inceppato e limitato. Nel caso speciale vediamo poi, come la rotula presenti verso la parte mediana una depressione trasversale, dovuta al minor spessore osseo del callo in confronto allo spessore dei frammenti.

Osservazione 12.ª

Citterio Francesco, d'anni 18, contadino di Niguarda, entra nell'Ospedale Maggiore l'8 Aprile 1896.

Racconta, come il giorno prima venisse colpito da un calcio di cavallo al ginocchio destro. Non può muovere l'arto. All'esame obbiettivo si riscontrano abrasioni della cute del ginocchio ed abbondante raccolta sanguigna endo-articolare. Si rileva mobilità anormale della rotula e si riesce a percepire un distacco di un centimetro e mezzo circa fra i frammenti. Si fa diagnosi di frattura della rotula destra, si applica l'apparecchio a cifra otto, e si mette l'arto in posizione elevata.

L'ammalato lascia l'Ospedale 20 giorni dopo la frattura, non ancora completamente guarito, nè altro si preoccupa della sua lesione.

L'ho esaminato nell'agosto di quest'anno. Mi disse di non aver potuto riprendere il lavoro che quattro mesi e mezzo dopo la lesione.

La rotula destra è aumentata di volume: lunghezza cm. 8, larghezza cm. 7.

La rotula sinistra è lunga cm. 6,3 e larga cm. 6,5.

Callo osseo. I movimenti sono un po' inceppati. La flessione si compie secondo un angolo di 80°. L'estensione è completa; (tipo 2.°, varietà ossea). Qualche scroscio durante i movimenti articolari fa pensare che il ginocchio si sia fatto sede di artrite lenta. Atrofia del quadricipite: la circonferenza presa sulle due coscie dà una differenza di cm. 2,5 a scapito della destra. Il Citterio dice che l'indebolimento funzionale e la limitazione dei movimenti gli sono causa di disturbi non lievi durante il lavoro. Nei cambiamenti di tempo è qualche volta obbligato al riposo per dolori vivissimi nel ginocchio leso.

Osservazione 13.ª

Introini Stefano, d'anni 55, panattiere di Mercallo, il giorno 2 Luglio 1894 cadeva da un carretto, battendo il ginocchio destro sull'acciottolato.

Venne trasportato all'Ospedale Maggiore il giorno stesso della lesione. Si notava alla faccia anteriore del ginocchio destro una ferita lacero contusa lunga cm. 8 circa, interessante la cute ed il cellulare sottocutaneo. Si notava pure frattura trasversale della rotula corrispondente con un distacco fra i frammenti di circa cm. 3. Rilevante raccolta ematica endo-articolare.

Viene suturata la ferita superficiale ed applicato l'apparecchio a cifra otto. Dopo 7 giorni essendo guarita la ferita e persistendo il distacco notevole fra i frammenti, si decide un intervento operativo (operatore il Chirurgo Primario Dott. Bertoloni).

Si dà la preferenza al metodo Kocher di sutura metallica sottocutanea, l'operazione venne eseguita il giorno 11 Luglio, 1894.

Appena passati gli effetti del cloroformio l'ammalato vien preso da delirio che si continua per più di un mese. Localmente nessun segno di reazione. Il filo metallico è rimosso in 15.ª giornata. Guarigione per 1.ª intenzione.

Si dovette lasciare l'apparecchio fino a completa cessazione dei fenomeni di delirio (40 giorni circa).

L'Introini lasciava l'Ospedale 60 giorni dopo la lesione.

L'ho visto nel mese di Settembre di quest'anno e quindi più di cinque anni dopo la frattura. Mi disse di non aver potuto riprendere il lavoro che due anni dopo la lesione. La guarigione ha avuto luogo per callo osseo. La rotula destra è allungata: misura cm. 8 di lunghezza, mentre la sinistra ne misura 6.

Il movimento di estensione si compie come di norma, quello di flessione invece non può sorpassare l' angolo retto (tipo 2.°, Chaput). Atrofia rilevante del quadricipite: la circonferenza presa sulla coscia destra misura cm. 3 meno di quella presa sulla coscia sinistra. Nessun dolore articolare nemmeno nei cambiamenti di tempo. Per l' incompleta flessione l' Introini non può scendere le scale, se non mettendo avanti la gamba destra, non può correre, non può camminare speditamente su un terreno disuguale.

Osservazione 14.ª.

Ceriani Gaetano, d' anni 60, facchino di Milano, viene trasportato all'Ospedale Maggiore il giorno 25 Novembre 1894.

Racconta d'essere stato poco prima investito da una carrozza, le ruote della quale gli erano passate sugli arti inferiori. Si riscontra frattura della rotula destra con distacco notevole dei frammenti e con versamento sanguigno endo-articolare. Si riscontrano pure escoriazioni al lato esterno della coscia destra ed al ginocchio sinistro. Fasciatura contentiva. Medicazione.

Il giorno 27, essendo aumentata di molto la raccolta di sangue endo-articolare, si ricorre allo svuotamento dell'articolazione alla Schede. Il giorno 30 si eseguisce la sutura metallica sottocutanea dei frammenti rotulei secondo il metodo del Prof. Ceci (operatore il Chirurgo Primario Dott. Secchi).

Medicazione con ferula posteriore.

Il decorso post-operativo fu regolare. La fasciatura venne tolta definitivamente il giorno 20 Dicembre. Usciva dall'Ospedale verso la metà del mese di Gennaio.

Non ha potuto però riprendere le proprie occupazioni se non cinque mesi dopo la lesione.

Ecco le condizioni attuali. — Lunghezza della rotula malata 8 cm., della sana 6. La guarigione ha avuto luogo con callo fibroso rigido della lunghezza di cm. 1,50. I movimenti articolari sono difettosi. La flessione non può sorpassare l'angolo retto. L'estensione si compie invece in tutta la sua ampiezza (Tipo 2.°). Atrofia notevole del quadricipite; la circonferenza presa in punti simmetrici sulle due coscie dà una differenza di cm. 1,5. La forza nell'arto è diminuita, i movimenti articolari sono inceppati e qualche volta dolorosi.

Trova difficoltà grandissima nel fare le scale, nel camminare su un terreno disuguale, non può correre, non può portare pesi rilevanti.

OSSERVAZIONE 15.ª

Beltrami Giovanni, d'anni 53, facchino di tipografia, viene trasportato all'Ospedale Maggiore il giorno 24 Novembre 1895 per frattura trasversale di rotula.

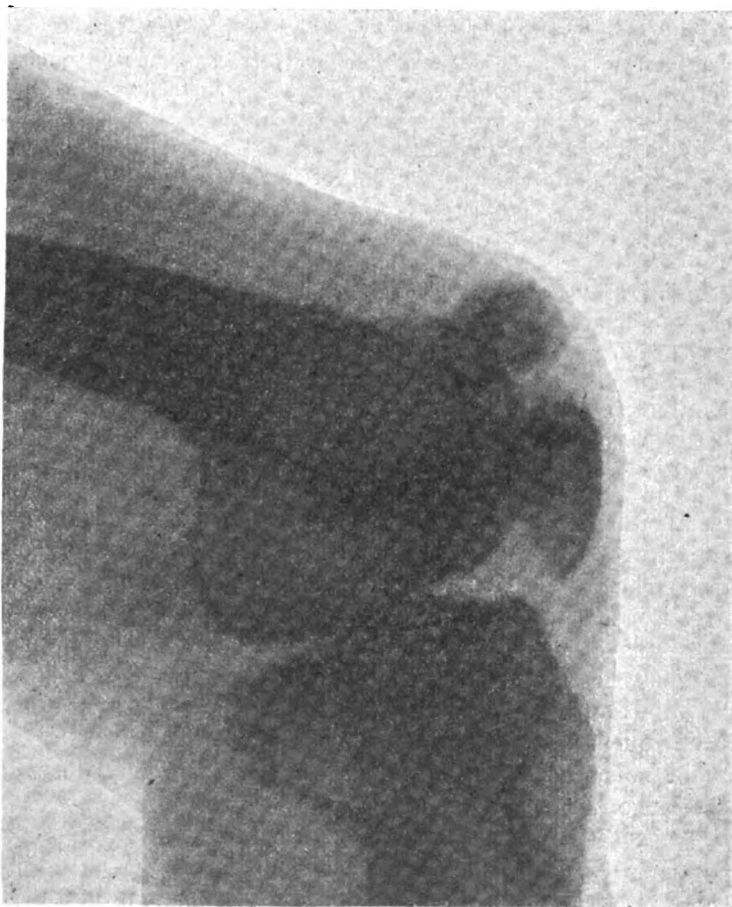



Fig. 5.

Racconta che poco prima, cadendo accidentalmente, aveva battuto il ginocchio sinistro sull'acciottolato. Apparecchio contentivo, vescica di ghiaccio.

Decisa la sutura, viene eseguita il giorno 26 novembre col metodo Ceci dal primario Dott. Secchi.

Il decorso post'operativo fu regolare; l'apparecchio venne tolto definitivamente il 12 Dicembre. L'ammalato cominciò subito ad alzarsi e lasciò l'Ospedale un mese dopo la lesione.

Ho avuto occasione di vedere il Beltrami ne mese di Agosto del c. a. Mi raccontò che, sortito dall'Ospedale, aveva dovuto stare in riposo ancora per tre mesi; ripreso poi il lavoro, si era trovato non poco inceppato nei movimenti dalla cattiva condizione funzionale dell'arto. Attualmente l'estensione si compie in tutta la sua ampiezza, invece la flessione arriva appena all' angolo retto. Si nota atrofia notevole del quadricipite (cm. 4 di differenza nella misurazione circolare delle coscie).

La condizione rotulea si può vedere nella radiografia che unisco (V. Radiografia 5.ª).

La lunghezza della rotula ammalata è di cm. 8,5, mentre quella della sana è di cm. 6,5. I frammenti sono deformati ed ipertrofizzati. Il superiore è lungo cm. 4,5: grosso più del normale in corrispondenza della base rotulea, è invece più sottile in vicinanza del callo. L'inferiore è lungo cm. 3,5. Il callo, in corrispondenza del quale la rotula forma una marcata depressione trasversale, è fibroso, rigido e lungo circa mm. 5; esso non permette che i frammenti rotulei si pieghino a cerniera nei movimenti articolari (tipo 2.°).

All'esame radiografico si vede inoltre che i fili d'argento si sono spezzati, forse per la distensione del callo, e che due frammenti di essi si trovano nella cavità articolare.

Il Beltrami dice che l' imperfetta guarigione gli è causa di dolori nel ginocchio, massime nei cambiamenti di tempo.

Gli scrosci articolari, che si producono durante i movimenti, danno indizio che un processo di artrite cronica ha invaso l'articolazione.

Noi abbiamo già manifestata la nostra opinione, che è contraria a queste suture sottocutanee, le quali, allorchè esiste distacco notevole fra i frammenti, non possono quasi mai raggiungere lo scopo di un coalito perfetto.

Questi tre casi dimostrano all'evidenza, quanto eravamo nel vero sostenendo le nostre teorie. Nè gli inconvenienti sono certo attribuibili a difetti o a poca accuratezza di tecnica operativa. Anzi, il il fatto che queste operazioni furono praticate da chirurghi ben noti per la loro correttezza operativa, dà ancora maggior valore alla nostra asserzione.

Mi permetto in proposito ricordare quanto i distinti primari Dr. Secchi e Dr. Bertoloni, da me interpellati, ebbero la cortesia di dirmi: essi si propongono di abbandonare tali metodi di cura, per intervenire alla prima occasione coll' artrectomia e colla sutura diretta dei frammenti a cielo scoperto, anzichè valersi ancora delle suture sottocutanee.

Lo stesso Prof. Ceci, sostenitore di tale metodo operativo, ci disse di riconoscere che la sutura sottocutanea non può rispondere in tutti i casi di frattura rotulea.

Osservazione XVI.

Battaini Andrea, d'anni 55, fornaio di Gurone, nel saltare da un carretto batteva il ginocchio sinistro contro un corpo solido, riportando frattura trasversale della rotula.

Viene trasportato all'Ospedale Maggiore il giorno dopo la lesione (30 ottobre 1897). Non presenta alcuna complicazione speciale. Il distacco fra i frammenti è di circa 2 cm. La raccolta ematica endo-articolare è discreta.

La cura viene fatta coll'apparecchio a cifra otto mantenuto in posto per 50 giorni. Esce dall'Ospedale 60 giorni dopo la lesione.

Condizioni attuali. — La guarigione ha avuto luogo per callo fibroso. La rotula sinistra è lunga 9 cm.

I frammenti sono deformi, ipertrofizzati: il superiore è lungo cm. 3,5, largo 7; il frammento inferiore lungo cm. 4,5 è anch'esso largo cm. 7.

Il callo fibroso è duro, rigido, non pieghevole, ed ha la lunghezza di un cm.

La rotula destra è lunga cm. 6. Il movimento di estensione si compie abbastanza bene, quello di flessione è invece limitato all' angolo retto. (tipo 2° Chaput).

Atrofia muscolare notevole. La circonferenza presa sulla coscia destra misura cm. 42,5, sulla sinistra cm. 40.

Il Battaini mi dice che tornato dall'Ospedale dovette stare in riposo ancora per quattro mesi prima di poter ripigliare parzialmente il proprio lavoro. Anche attualmente la cattiva funzionalità e la debolezza del l'arto non gli permettono di attendere a tutte le mansioni del proprio mestiere.

Osservazione XVII.

Berteselli Carlo d'anni 44, mediatore di Cessate, il giorno 21 Febbraio 1896, aggredito veniva gettato a terra e nella caduta riportava frattura della rotula destra.

Fu trasportato all' Ospedale il giorno stesso. Presentava vasto ematoma del ginocchio che venne svuotato in terza giornata coll'aspiratore Potain secondo il metodo di Schede. Venne poi applicato l' apparecchio a cifra otto per 45 giorni. Lasciò l'ospedale 51 giorni dopo la frattura.

Ho visto il Berteselli nell'Agosto di quest'anno. La guarigione ha avuto luogo per callo fibroso. La lunghezza della rotula lesa è di cm. 9 e $^1/_2$, della sana è di cm. 6,5. Il frammento superiore è lungo cm. 3,5, l' inferiore 4. Il callo della lunghezza di 2 cm., di tessuto fibroso, duro, non permette che i frammenti si pieghino a cerniera sulla troclea femorale. L'estensione si compie discretamente; la flessione è invece limitatissima: non può compiersi al di là di un angolo di 140 (tipo 2° Chaput).

Atrofia notevole del quadricipite. La differenza nella misura delle due coscie presa in punti simmetrici è di cm. 2,5.

Anche la forza dell'arto leso è diminuita. La deambulazione è abbastanza facile. ma stanca presto il paziente; egli non può correre, non salire le scale e tanto meno discendere colla facilità di prima; non è più capace di portare pesi rilevanti.

Osservazione XVIII.

Pisati Angelo, d'anni 37, operaio di Milano, viene trasportato all'Ospedale il 4 Aprile 94. Poco prima era caduto da una scala a mano ed aveva battuto il ginocchio destro sopra un gradino. Si riscontra frattura trasversale della rotula con distacco fra i due frammenti di circa cm. 3.

Fu curato coll'immobilizzazione per 50 giorni (apparecechio a cifra otto). Stette all' Ospedale per 2 mesi, e per altri due mesi dovette restare in riposo a domicilio prima di poter ripigliare parzialmente il lavoro.

Ho esaminato il Pisati nell'agosto del c. a., cioè più di cinque anni dopo la frattura di rotula.

La guarigione è avvenuta con un callo fibroso, molle, della lunghezza

Fig. 6.

di cm. 1, 5. I movimenti di flessione e di estensione si compiono abbastanza bene (tipo 3° Chaput). L'arto è però indebolito, e non permette al Pisati di attendere alle proprie mansioni coll'alacrità e colla forza di prima. Esiste atrofia notevole del quadricipite. La circonferenza presa sulla coscia destra misura cm. 1,5 meno di quella presa su punti simmetrici della coscia sinistra.

Ho voluto far eseguire la radiografia del Pisati (V. Radiografia 6.ª) quale modello, del terzo tipo di consolidazione.

I frammenti, come in essa si vede, sono deformati. Il superiore si

appoggia sulla troclea femorale, è lungo cm. 2 $^1/_2$ larga 7, l'inferiore molto più grosso è lungo 5 cm., largo 7, ed è avvicinato alle tuberosità della tibia più che nei casi normali.

Osservazione XIX.

Carnelli Carlo, d'anni 48, contadino di Turate, entra nell'Ospedale Maggiore il giorno 19 Novembre 1894.

Dall'interrogatorio si rileva, come la mattina del giorno stesso fosse caduto accidentalmente a terra battendo il ginocchio sinistro su di una pietra. Presenta vasta echimosi superficiale e raccolta di sangue endo articolare. La rotula sinistra è fratturata trasversalmente. Viene applicato l'apparecchio contentivo a cifra 8 e mantenuta per due giorni la vescica di ghiaccio sul ginocchio leso. La fasciatura viene tolta definitivamente dopo 36 giorni dalla lesione, e dopo 40 giorni il paziente abbandona l'Ospedale.

Lo vidi a casa mia nel Settembre del corrente anno. Mi disse di non aver potuto riprendere il lavoro che due mesi dopo l'uscita dall' Ospedale. All' esame locale risulta che la guarigione è avvenuta per mezzo di un callo fibroso. La lunghezza della rotula ammalata nell' estensione è di circa 9 cm., mentre la sana ne misura soltanto 6. Il frammento superiore è lungo cm. 3, largo 6,5. Il frammento iuferiore è lungo cm. 4, e largo cm. 6,5. La lunghezza del callo è di 2 cm. nell' estensione dell' arto, di 3 cm. nella flessione. La distanza fra la tuberosità della tibia ed il margine superiore della rotula, è, nell' estensione dell' arto, di cm. 14. I movimenti articolari sono perfetti, (tipo 3.°). L' atrofia muscolare è insignificante, la differenza fra le due coscie eesendo appena di $^1/_2$ cm. A detta del Carnelli però l'arto sinistro è molto più debole del destro e non gli permette di attendere come prima ai suoi lavori. Mentre prima della frattura poteva portare benissimo sulle spalle il peso di un quintale, ora non può sopportare un peso superiore a 70 Kg. Il salire ed il discendere le scale gli riesce difficile e, massime nel discendere, è obbligato per non cadere a tenersi attaccato colla mano alla ringhiera della scala.

Osservazione XX.

Galloni Angelo, d'anni 45, bifolco di Buccinasco, viene trasportato al-l'Ospedale Maggiore il giorno 27 maggio 1897.

Due giorni prima era caduto a terra battendo il ginocchio sinistro sul selciato. Si riscontra che la rotula sinistra è divisa trasversalmente in due pezzi e che esiste fra loro un distacco di circa 3 cm. Nessuna complicazione, eccetto un discreto versamento sanguigno endo-articolare.

Viene applicato l'apparecchio a cifra otto e l'arto vien messo in posizione elevata. La fasciatura è rimossa definitivamente dopo 60 giorni. Si riscontra che la guarigione è avvenuta con un callo fibroso della lunghezza di circa cm. 1,5. L'ammalato incomincia a camminare colle gruccie 10 giorni dopo che è stato liberato dall' apparecchio ed esce dall'Ospedale 75 giorni dopo la frattura.

Ho avuto l'opportunità di vedere il Galloni parecchie volte dopo la frattura. Fu obblicato ad astenersi dal lavoro ancora per 3 mesi. Sotto l'azione dei movimenti il callo si era allungato, cosicchè, quando il pa-

ziente cominciò ad attendere alle proprie occupazioni, il distacco era di due centimetri e 1/2 Il frammento superiore, collocato al di sopra della cresta articolare, non permetteva che la flessione si compisse al di là di un angolo di 140° (tipo 4° del Chaput). Successivamente il distacco fra i frammenti si fece maggiore, e la flessione quindi più pronunciata.

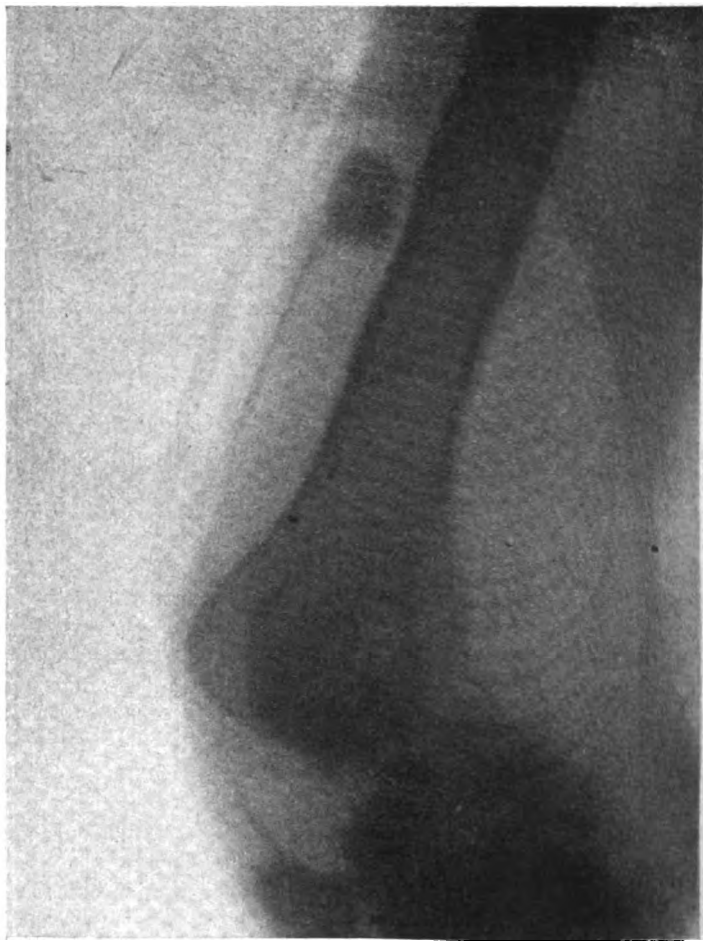



Fig. 7.

Il Galloni in questo frattempo andò soggetto due volte a distorsioni del callo che lo obbligarono a letto per qualche giornata.

Ecco le condizioni attuali:

Lunghezza della rotula sana cm. 6,5, della rotula lesa cm. 9,51.

Il frammento superiore, più grosso, è lungo 3 cm. largo 6,5; il frammento inferiore è lungo cm. 2.5 e largo 6 cm. Il callo è fibrinoso e molle; la sua lunghezza di 3 cm. nell'estensione dell'arto, raggiunge i cm. 4 nella flessione, cosicchè questo movimento, un po' per l'abbassarsi del frammento superiore, un po' per l'allungamento del callo, si compie fino all'angolo retto.

Esiste atrofia notevole del quadricipite: la misurazione delle coscie dà una differenza di cm. 1,5 in meno per l'arto sinistro. Nell'arto stesso la forza è diminuita di molto.

Il paziente dice che l'imperfetta guarigione gli è causa di debolezza nell'arto. Non può salire nè scendere con facilità le scale, non può portare pesi rilevanti e non può correre. Anche la deambulazione lo stanca presto.

Ho fatto eseguire la radiografia del ginocchio del Galloni (vedi radiografia 7.ª) onde chiarire la guarigione secondo il quarto tipo del Chaput. Ho procurato durante la posa radiografica del paziente di mettere l'arto in flessione leggera e precisamente nella posizione in cui esso si trova, quando il frammento superiore della rotula fratturata viene ad appoggiarsi contro la cresta articolare, e resta fermato nella sua discesa. Nella radiografia si vedono infatti i reciproci rapporti di queste parti.

Come sappiamo, una flessione maggiore sarebbe soltanto possibile a pese dell'elasticità del callo fibroso.

Osservazione XXI.

Somaschini Francesco, d'anni 37, contadino di Briosco, entrava nell'Ospedale il 24 Marzo 1895. Due giorni prima, nel saltare da un carretto, era caduto sul ginocchio sinistro, riportando frattura della rotella corrispondente.

La cura venne fatta coll'apparecchio a cifra otto lasciato in posto per 5 giorni.

Lasciò l'Ospedale 2 mesi dopo la frattura.

Condizioni attuale. — La rotula sinistra misura 10 cm. la destra 6. Il callo fibroso e misura cm. 2.5 nella estensione, cm. 4 nella flessione dell'arto.

Il frammento superiore, situato al di sopra dellatroclea femorale, viene durante i movimenti di flessione ad urtare ed a fermarsi contro la cresta articolare, impedendo che tale movimento si compia al di là dell'angolo retto (tipo IV Chaput).

Esiste atrofia muscolare. La circonferenza della coscia sinistra è inferiore di un centimetro a quella della coscia destra.

L'ammalato mi dice di aver cominciato a lavorare sei mesi dopo la frattura.

Attualmente puo attendere abbastanza bene alle proprie occupazioni; riesce però difficile salire e scendere le scale, portare pesi, correre, camminare su di un terreno disuguale.

Osservazione XXII.

Longoni Giovanni. d'anni 30, suolino di Milano, venne trasportato all'Ospedale Maggiore il giorno 8 Novembre 1897.

Poco prima cadendo accidentalmente a terra aveva battuto contro il ciottolato il ginocchio sinistro, riportando frattura trasversale della rotula corrispondente,

Venne curato coll'apparecchio a cifra otto, mantenuto in posto per giorni. Lasciò l'Ospedale un mese dopo la frattura.

Ho avuto occasione di visitare il Longoni nell'agosto corrente anno.

La guarigione è avvenuta con callo fibroso. Il frammento superiore, lungo cm. 4 e largo 6,5, è collocato al di sopra della troclea femorale; l'inferiore, lungo cm. 3 e largo 6,5, è avvicinato alla tuberosità della tibia più che nelle condizioni normali. Il callo, di tre cm. nell'estensione, si allunga fino a 4 cm. nella flessione. La distanza dalla tuberosità della tibia al margine superiore del femore è di circa cm. 15. Il movimento di estensione si compie abbastanza bene. Quello di flessione invece arriva appena all'angolo retto (tipo 4°). I movimenti articolari sono dolorosi specie nei cambiamenti di tempo; gli scrosci percepibili durante i movimenti stessi ci dimostrano come l'articolazione sia in preda ad un processo di artrite secca. Si nota atrofia del muscolo qua dricipite. La circonferenza delle coscie è minore per l'arto ammalato di cm. 2.

Il Longoni si lamenta delle proprie condizioni funzionali, che non gli permettono di attendere a tutte le mansioni del proprio mestiere. Tre volte fu obbligato a letto per distorsione del callo. Egli non può correre, non può portare pesi rilevanti, è impacciato nel salire e nel scendere le scale.

Osservazione XXIII.

Colombo Carlo, d'anni 57, contadino di Spirano, venne trasportato all'Ospedale Maggiore il giorno 27 novembre 1897 con frattura trasversale della rotula sinistra, riportata il giorno prima cadendo da un carretto.

L'arto viene immobilizzato coll'apparecchio a cifra otto e messo in posizione elevata fino al giorno 28 Dicembre.

Esce dall'Ospedale il I Gennaio 1898, cioè 37 giorni dopo la frattura La guarigione è avvenuta con formazione di un callo fibroso.

Condizioni attuali. — La rotula destra è normale; la sinistra è lunga cm. 10 nell'estensione, 12 nella flessione. Il frammento superiore, alto cm. 4, largo 6,5, è situato al di sopra della troclea femorale; l'inferiore, alto cm. 2,5 largo 6, è situato in vicinanza della tuberosità della tibia. Il callo è fibroso, molle ed esile, misura cm. 4 nell'estensione, 7 nella flessione dell'arto. La distanza fra la tuberosità della tibia ed il margine superiore della rotula è nell'estensione, di cm. 15. I movimenti dell'arto sono completi (tipo V Chaput). La estensione però è poco valida. La circonferenza, presa in diversi punti delle coscie, dà una differenza di cm. 4 in meno per la coscia sinistra. Il paziente lamenta una debolezza grandissima dell'arto. Non potè riprendere il lavoro che un anno dopo la lesione, ed anche attualmente non può attendere che a lavori leggeri; non può inoltre salire nè scendere le scale se non appoggiato; non può portare pesi, senza che il ginocchio sinistro gli si pieghi sotto; è impossibilitato a correre, e nel camminare si stanca presto.

Osservazione XXIV.

Sala Luigi, d'anni 31, contadino di Usmate, il giorno 22 Maggio 1894 cadeva su una scala battendo il ginocchio sinistro contro la sporgenza di un gradino e si fratturava la rotula corrispondente. Si curò da principio a domicilio. Trasportato all'Ospedale 21 giorni dopo la frattura, gli venne applicato l'apparecchio a cifra 8, ma passati 5 giorni volle tornare a casa, nè si assoggettò più a cura alcuna.

Attualmente la rotula è divisa in due pezzi dei quali il superiore, lungo cm. 2,5 largo 7, nell'estensione dell'arto si trova collocato sulla faccia anteriore della diafisi femorale; l'inferiore, lungo cm. 4 $^1/_2$,° largo 7, si trova a ridosso della tuberosità della tibia.

Il callo, lungo cm. 6 nell'estensione, aumenta nella flessione fino a cm. 10 $^1/_2$. La distanza fra la tuberosità della tibia ed il margine superiore della rotula è nell'estensione di cm. 16. Il Sala ci riferisce come il callo lungo appena cm. 2, dopo la guarigione si è in seguito allungato fino a raggiungere le dimensioni attuali per una frattura iterativa

Andò soggetto due volte anche a distorsione del callo.

La flessione e l'estensione sono d'ampiezza normale. L'estensione però si compie debolmente (tipo V). Vi nota atrofia marcata del quadricipite. La misurazione delle coscie in punti simmetrici dà una differenza di cm. 3,5 a svantaggio dell'arto sinistro.

La debolezza muscolare a detta del Sala è rilevante. La deambulazione lo stanca presto; non può correre; non può portare pesi se non mantenendo l'arto in estensione permanente. Grande è la difficoltà nel fare le scale; è obbligato a mettere sempre avanti la gamba sana nel salire, la gamba ammalata nel discendere. Nella discesa la difficoltà è poi massima e per non cadere egli è costretto a tenersi appoggiato colle mani a qualche sostegno.

Mi dice che si sentirebbe disposto ad una operazione, pur di vincere questo stato di debolezza permanente che gli rende impossibile un lavoro utile e proficuo.

Osservazione XXV.

Borroni Bernardino d'anni 42, brumista di Milano, è trasportato all'Ospedale Maggiore il giorno 28 Giugno 1897. La sera prima ribaltando dalla propria carrozza era caduto sul selciato, fratturandosi la rotula sinistra.

Fu curato coll'applicazione dell' apparecchio a cifra 8 lasciato in posto per due mesi. La guarigione avvenne con distacco notevole fra i frammenti ed il Borroni sortiva dall'Ospedale tre mesi dopo la lesione, ancora impossibilitato a camminare.

Andai a vederlo nell'Agosto c. a. al suo domicilio in via Ravizza N. 3.

Egli per la mancata guarigione della frattura non ha ancora potuto far uso del proprio arto. La rotula sinistra è divisa in tre frammenti. Il superiore collocato in mezzo ai muscoli della coscia, ha la forma di un cubo irregolare del lato di due cm. circa, ed è manifestamento spostabile in senso trasversale. L'inferiore, quasi fissato alla faccia anteriore del capo artcolare della tibia, è il più voluminoso; misura cm. 3,5 in lunghezza e 7 in larghezza. Il terzo frammento, situato in corrispondenza del condilo esterno del femore, è lungo cm. 4, largo 1 $^1/_2$. Il suo diametro maggiore è parallelo all' asse dell'arto. Il callo sottile è quasi impercettibile, è lungo cm. 16 nell'estensione e 22 nella flessione dell'arto. Il legamento rotuleo inferiore è accorciato. Due cordoni fibrosi distintamente sensibili alla palpazione si estendono dai muscoli vasti al frammento inferiore ed al legamento rotuleo. I capi articolari del femore e della tibia sono ingrossati. La troclea femorale coperta solamente dalla sinoviale ispessita e dal callo fibroso è accessibile alla palpazione.

Esiste discreto versamento endoarticolare.

Il Borroni soffre di forti dolori al ginocchio, massime nei cambiamenti di tempo. Il movimento di flessione della gamba sulla coscia è possibile in tutta la sua ampiezza (tipo V). L'ammalato può anche sollevare spontaneamente dal letto l'arto leso e portarlo ad una certa altezza, quando esso sia nell'estensione completa, ma, quando la gamba è piegata sulla coscia, per provocarne la estensione il paziente è obbligato ad aiutarsi

Fig. 8.

colle mani, perchè tale movimento non può compiersi col semplice mezzo della contrattura muscolare. Per l'immobilità cui il Borroni è costretto da più di due anni, esiste atrofia notevole di ambedue le coscie, maggiore però sull'arto sinistro. La circonferenza, presa a metà della coscia destra, misura cm. 45, della sinistra cm. 44.

Il Borroni ha deciso dietro mio consiglio di entrare quanto prima nell'Ospedale Maggiore, onde cercare un rimedio a tanta infermità.

Dalla radiografia che unisco (Vedi Radiografia 8.ª), si possono *de visu* constatare le gravi alterazioni anatomiche dalla parte ed il distacco enorme

che esiste fra i due frammenti principali. Il frammento laterale più piccolo si trova accollato al capo articolare del femore, e nella fotografia non è visibile.

Osservazione XXV.

M. A. d'anni 31, passamantiere di Milano, il giorno 5 Agosto si gettava a scopo suicida da un terzo piano. Trasportato all'Ospedale Maggiore in fin di vita, presentava tra l'altre lesioni, la frattura trasversale della rotula sinistra.

Curato in sala « Tentati Suicidi » coll'apparecchio a cifra 8 guarì con un callo fibroso della lunghezza di 3 cm. circa. Incapace a reggersi in piedi, ed in istato di grande emaciazione per i malanni passati e per la forzata immobilità, il Montani venne passato in sala Cronici, e poi per consiglio del Primario Dalle Ore in sala S. Giacomo.

Il ginocchio sinistro è leggermente ingrossato e presenta nella parte anteriore in corrispondenza dell'interlinea articolare una depressione notevole. Non esiste nè edema, nè rossore dei tegumenti del ginocchio. La rotula è manifestamente divisa in due porzioni con un distacco di circa 3 cm. Il frammento superiore più voluminoso è lungo cm. 5, largo 6,8 ed è collocato al disopra della troclea femorale; il suo margine superiore si trova 3 cm. più in alto del margine corrispondente della rotula sana. Il frammento inferiore notevolmente più piccolo ha la lunghezza di 3 cm. e la larghezza di 6,5; il suo margine inferiore giace 2 cm. più in basso del normale. Trattandosi di frattura antica, i frammenti non presentano irregolarità nelle superfici fratturate; il callo che li unisce è sottile, facilmente distensibile.

La flessione non può compiersi che con un angolo di 150.°. L'estensione è poco valida. Gli scrosci intensi provocati durante i movimenti articolari ci dinotano che la frattura è stata seguita da un processo di artrite secca. Esiste rilevante atrofia muscolare. La misurazione delle coscie dà una differenza di 4 cm. a scapito dell'arto sinistro. È impossibile la deambulazione, quando l'ammalato non venga sorretto da due persone.

L'atto operativo, proposto dal Primario della sala come unico rimedio, viene accettato dall'ammalato e viene praticato il giorno 27 Ottobre.

L'incisione dei tessuti molli si fa, come di solito, trasversale. Aperta ampiamente la cavità articolare, si riscontra che i frammenti sono assottigliati, atrofici nella porzione corrispondente alla superficie di frattura, ipertrofizzati invece nella porzione opposta. Si asporta il callo fibroso, molto sottile, e tutti i tessuti di nuova formazione, che possono ostacolare la formazione del nuovo callo ed inceppare anche la libera funzionalità dell'arto. I frammenti vengono ravvivati, resecandoli largamente nella porzione atrofizzata; l'affrontamento riesce abbastanza facile. Emostasi. Sutura rotulea con tre punti di seta robusta. Sutura del periostio, delle parti molli fibrose, della cute. Medicazione colla ferula del Bassini.

Andamento post'operatorio buono. Apiressia completa. La medicazione viene rimossa dopo 8 giorni per levare i punti. Si nota un leggero slabbramento dei margini cutanei (forse per le sfavorevoli condizioni generali del paziente) che ritarda di qualche giorno la guarigione.

Nessuna reazione, nè locale, nè generale. La fasciatura viene levata definitivamente un mese dopo l'operazione e l'ammalato viene subito sottoposto alle cure meccanoterapiche.

Esce dall'Ospedale il giorno 6 Dicembre e continua la cure di massaggio e di movimenti passivi in un ambulatorio della città.

Ho visitato il M. nel mese di Agosto di quest'anno.

Mi racconta che, stancatosi delle cure meccanoterapiche, le aveva abbandonate una quindicina di giorni dopo la sua uscita dall'Ospedale.

La rotula lesa si presenta tutta d'un pezzo e misura in lunghezza cm. 5, 5, mentre la sana ne misura 6,5. (Ricordiamo che la rotula sinistra venne resecata abbondantemente nella porzione atrofica onde meglio assicurare la guarigione ossea). Esiste ancora atrofia notevole dell'arto sinistro. La differenza fra le due coscie è di cm. 3.

La flessione si compie secondo un angolo di 120°. L'estensione è completa. L'ammalato si affatica ancora nel fare le scale e nel portare pesi.

Ha potuto però riprendere il proprio lavoro quattro mesi dopo l'operazione, cosa che certamente gli sarebbe stata impossibile, se non ricorrendo a questo mezzo curativo. I movimenti, per quanto limitati, sono però facili e sicuri. Sono quasi scomparsi i dolori e gli scrosci articolari.

In vista dello stato atrofico dei frammenti e delle cattive condizioni generali del M. nel momento dell'operazione, ho voluto far eseguire la radiografia del ginocchio leso (V. Radiografia 3.ª) nel dubbio di una consolidazione ossea non completa. Dalla fotografia si vede come il callo sia di struttura ossea nella metà anteriore dei frammenti (in vicinanza del periostio), di struttura fibrosa nella metà posteriore.

La parziale consolidazione ossea verrà, secondo il mio modo divedere, a togliere qualunque pericolo inerente alla formazione di un callo fibroso (allungamento, rottura, ecc.).

Il M. è felicissimo delle condizioni attuali e nutre speranza di poterle migliorare nell'avvenire. E tale è anche la nostra opinione.

Osservazione XXVI.

Bani Angelo, d'anni 50, fattorino di Milano, il giorno 3 Feb. 1896 cadeva accidentalmente da una scala battendo il ginocchio destro sopra il margine sporgente di un gradino e si fratturava la rotula corrispondente.

Trasportato all'Ospedale Maggiore vi fu curato con l'apparecchio a cifra 8. Venne licenziato 2 mesi e mezzo dopo la frattura. La guarigione era avvenuta con un callo fibroso lungo 4 cm. La funzionalità dell'arto era assolutamente impossibile. Dopo altri due mesi, trovandosi ancora nell'impossibilità di camminare, decise, anche per consiglio di medici, di ricoverare nuovamente in un Istituto chirurgico.

Accolto all'Ospedale di S. Vittore, venne operato il giorno 26 Luglio dal Dott. Favaro, chirurgo primario.

Incisione trasversale delle parti molli. Si riscontra che la rotula era stata rotta in più frammenti. Sbrigliamento delle cicatrici. Sutura dei frammenti in seta. Drenaggio. Sutura delle parti molli. Medicazione con ferula posteriore.

Decorso regolare. — I drenaggi ed i punti di sutura sono tolti in 14.ª giornata. Dopo 27 giorni l'arto viene liberato da ogni medicazione e si inizia il massaggio. Guarigione ossea. Il Bani abbandona l'Ospedale il giorno 4 Ottobre.

Stato attuale. — La rotula destra misura mm. 2 più della sinistra Il

movimento di estensione è completo. La flessione si compie secondo un angolo di 120.° Persiste atrofia del quadricipite. La misura circolare, presa in corrispondenza del terzo medio delle coscie, dà una differenza di 2 cm. a svantaggio della coscia destra. Il Bani è contento del suo stato, quantunque la limitazione dei movimenti gli sia causa di qualche disturbo; egli può camminare speditamente e può attendere bene alle proprie mansioni.

Mi raccontò che il dott. Favaro nel licenziarlo dall'Ospedale gli aveva raccomandato di ricorrere a qualche ambulatorio della città, per continuare le cure meccanoterapiche, ma che egli, abbastanza soddisfatto delle condizioni presenti, non sentiva il bisogno di tentare altre cure, nel rischio (sono le sue parole) di altri malanni.

Ho fiducia di esser riuscito col mio lavoro a dimostrare all'evidenza, come una sola debba essere la condotta del chirurgo moderno nella maggior parte dei casi di frattura rotulea, cioè intervenire prontamente coll'artrectomia e colla sutura dei frammenti.

A controllo di questa asserzione stanno i risultati clinici da me esposti.

Noi abbiamo potuto osservare, come negli otto casi trattati colla artrectomia e colla sutura diretta dei frammenti il risultato sia stato completo, tanto dal punto di vista anatomico, come da quello funzionale. Abbiamo visto anche come la sutura dei frammenti abbia potuto in due casi di frattura antica riparare quasi totalmente ai danni di una cattiva consolidazione.

Quei casi invece che furono trattati coi metodi sottocutanei di sutura (osservazione XIII, XIV, XV), diedero un risultato anatomico e funzionale difettoso, tanto per l'allungamento della rotula che limita i movimenti, come per l'atrofia muscolare che diminuisce la forza dell'arto.

Riguardo poi ai 14 casi che vennero curatí con gli apparecchi contentivi, i risultati furono, come abbiamo visto, quasi tutti imperfetti.

La guarigione completa funzionale si ebbe soltanto in due casi (Osservazione IX, X); nella IX il callo è osseo, e la lunghezza della rotula è pressochè normale; nella X il callo è fibroso, ma non esiste allungamento della rotula. In quest'ultimo caso la constatata robustezza del callo, sebbene fibroso, assieme al fatto che per tutto un quinquennio non si è verificato allungamento alcuno, fa sperare che la guarigione potrà sempre conservarsi perfetta.

In due osservazioni (XVIII, XIX) la guarigione ebbe luogo col ripristino dei movimenti articolari (Tipo III Chaput); venne però accompagnata da atrofia muscolare, che diminuisce la forza dell'arto.

In sette casi (Osservazioni XI, XII, XVI, XVII, XX, XXI e XXII) si ebbe limitazione nel movimento di flessione (Tipo II e IV) ed atrofia muscolare più o meno notevole; in qualche caso si ebbero a verificare anche lesioni sinoviali. L'alterata funzione dell'arto è causa in questi individui di gravi disturbi; per alcuni non è più pos-

sibile l'attendere a tutte le mansioni del proprio mestiere. In un caso (Faida. Osservazione XI), benchè siano già passati due anni dalla frattura, la malata è ancora obbligata ad appoggiarsi ad un sostegno, quando cammina. In due osservazioni (XXIII, XXIV) ci troviamo davanti ad una deficiente estensione dell'arto causata dalla lunghezza esagerata del callo e dall'atrofia del quadricipite, e, benchè i movimenti siano possibili in tutta la loro ampiezza (tipo V), la funzionalità è gravemente disturbata dalla debolezza muscolare e dalla diffidenza dell'ammalato nella validità funzionale del proprio arto.

In un individuo (Borroni. Osservazione XXV) la cattiva consolidazione è causa di infermità permanente.

A questi esempi di guarigione difettosa ottenuta con gli apparecchi contentivi possiamo finalmente aggiungere i due casi (Osservazione XXVI e XXVII) che furono operati di artrectomia e di sutura dopo la formazione del callo fibroso, e che dovettero all'intervento operativo, se poterono mitigare da una infermità che minacciava di prolungarsi per tutta la vita.

In questi due casi di frattura antica non si ebbero dei risultati funzionali rapidi e completi come nei casi di sutura recente a causa delle alterazioni già intervenute nell'apparato osseo e muscolare.

I risultati migliori e più rapidi si ebbero poi in quei ammalati che vennero curati, oltrechè colla sutura dei frammenti, colle cure meccanoterapiche.

Noi dobbiamo confessare di non aver potuto portare contributo alcuno di esperienza clinica sul valore reale delle cure meccanoterapiche elevate ad unico sistema di cura (Metodo Tilanus). Abbiamo però già fatto osservare come, procurando tale sistema di cura quasi sempre le guarigioni con callo fibroso, devono necessariamente incorrere negli inconvenienti creati da questa difettosa guarigione.

Concludendo, potremo dire:

1.° Che la sutura della rotula, previa artrectomia, rappresenta l'ideale di cura nella maggior parte delle fratture rotulee recenti.

2.° Che la cura cogli apparecchi può essere giovevole soltanto nei casi in cui è stata conservata la integrità dello strato soprarotuleo, cioè quando la distanza fra i frammenti non è superiore ad 1 cm.

3.° Che finalmente la cura meccanoterapica, mentre può coadiuvare il ripristino funzionale, non è consigliabile come unico mezzo curativo.

Bibliografia.

Adenot. — Semaine médicale, 1895, p. 463.
Albert e **Brocca.** — Traité de Chirurgie Clinique.
Aron. — Du traitement des fractures de la rotule, 1896.
Barker. — Sem. méd., 1896. p. 168.
Beaunis-Bouchard. — Traité de Anatomie.
Berger. — Rotule (Dict. encyclopedique).
Idem. — Procédé nouveau de suture (Bull. Soc. Chirurgie 1892, p 523).
Idem. — Sem. Médic, 1897, p. 249).

Bergmann. — Verhandlung des frei. Vereinig des Chirug. 1891, p. 805.
Ceci. — Una nuova operazione nella frattura della rotula (Italia medica, 1885).
Idem. — Il trattamento operatorio nella frattura della rotula e dell'olecrano (Congrés Français de Chirurgie, 1892).
Chalufour. — Contribution à l'étude du traitement des fractures de la rotule, 1897.
Coriton. — Traitement des fractures transversales de la rotule, 1892.
Dumolard. — Lyon médical. Novembre 1878.
Duplay. — Archives de médecine, Aprile 1889.
Duplay e **Reclus.** — Traité de Chirurgie.
Durante. — Trattato di Patologia e Terapia Chirurgica
Fabiani. — Manuale di medicatura.
Flajani. — Nuovo metodo di medicare alcune malattie, Roma 1786.
Gilis. — Traitement des fractures de la rotule par la suture, 1893.
Herzen. — Ueber Behandlung der Kniescheibenfracturen, 1893.
Heusner. — Sem. méd., 1897, p. 156.
Hoffa. — Anatomie Patholog. des fractures de la rotule, Journ. Munich 1889, p. 413.
Jalaguier. — Étude critique sur les fractures de la rotule, Arch. gen. de med. 1883, p. 215.
Kocher. — Zur Behandlung der Patellafracture.
Idem. — Centralblatt für Chirurgie, 1880, p. 321.
Koenig. — Pathologie chirurgicale spéciale.
Le Dentu et **Delbet.** — Traité de Chirurgie.
Lister. — British medic. journ, 1877 II, p. 850 1881 I, p. 919.
Idem. — The Lancet, Ottobre 1877, Novembre 1883
Lejars. — Sem. méd., 1897, p 208.
Lindemann. — Central. für Chirurg., N. 20, 1897.
Lucas Championnière. — Traitement des fractures pour le massage.
Idem. — Journ. de méd. et de Chirurg. pratique, Dicembre 1883, Marzo 1890, Aprile 1898.
Idem — Sem. méd., 1897, p. 226 e 258.
Mac-Ewenn. — The Lancet, 17 Novembre 1883.
Idem — Annals of Surgery, 1887, p. 177.
Malgaigne. — Anatomie Chirugicale.
Idem. — Traité des fractures et des luxations.
Monteggia. — Istituzioni Chirurgiche.
Moret. — Traitement des fractures recentes de la rotule, 1894.
Niehans. — Corr. Blatt für Schweizer Aertze, 1882.
Page. — The Lancet, Aprile 1884.
Pannetier. — Contribution à l'étude de traitement des fractures transversales de la rotule, 1889.
Peyrot. — Semaine méd., 1897, p 226.
Poinsot — Revue de Chirurgie, 1882.
Idem. — Traduction d'Hamilton, 1884.
Poirier. — Sem. méd., 1897, p. 258.
Povvers. — Sem. méd., 1898, p. 400.
Porta. — Opere inedite sulle fratture
Riedel. — Cent. für Chir., 22 Marzo 1890.
Sappey. — Traité de Anatomie.
Stankievvicz. — Przeglad le Karski, 1890, p, 65.
Smith. — The Lancet, 1878.
Suberoaze. — Contribution à l'étude du traitement des fractures anciennes de la rotule, 1896.
Testut. — Traité de Anatomie.
Tillaux. — Traité de Anatomie topographique. Traité de Chirurgie Clinique.
Tilanus — Congr. Français de Chirurgie, 1885.
Trendelenburg. — Berlin. Klinik Wochen., n. 19, Maggio 1878. Central. f Chir., 1879.
Van der Meulen. — The Lancet, 1880-1884
Verneuil. — Union médicale, 29 Novembre, 1 Dicembre 1883.
Wolkmann. — Cent. f. Chir., 1880, p. 145.
Chaput. — Les fractures anciennes de la rotule, 1885.
Idem. — Étude expérimen. et clinique sur le mécanisme des fractures de la rotule, 1888.
Idem — Revue d'orthopedie, 1893, p. 321.

Istituto anatomo-patologico dell' Ospedale degl' Incurabili
diretto dal Prof. L. Armanni

CONTRIBUTO ALL'ETIOLOGIA E PATOGENESI

della

CISTITE

PEL

Dott. CARLO PARASCANDOLO

Prof. par di Patologia speciale chirurgica di Propedeutica Chirurgica e Clinica Chirurgica nella R. Università di Napoli
Socio onor. della R. Accademia Medico-Chirurg. di Napoli

L' infiammazione della vescica è la più frequente delle affezioni di questo organo; si presenta sotto aspetti varii, tanto che lo studio di essa è complicato e presenta delle difficoltà. Ho voluto occuparmi di tale argomento accuratamente ed in modo, nei limiti del possibile, completo, allo scopo di apportarvi un modesto contributo.

Le esperienze da me fatte, sia sull'uomo, che sugli animali sono state larghissime e ripetute, e a suo tempo ne farò una minuta esposizione. Ho riguardato la quistione solo dal punto di vista della etiologia ed anatomia patologica della cistite acuta.

Prima di addentrarmi nello studio della cistite acuta, mi pare indispensabile di dare uno sguardo alle principali ipotesi emesse, ed alle esperienze fatte dagli altri sperimentatori, che mi hanno preceduto, allo scopo di dare il giusio valore ai fatti da me osservati, ed ai risultati delle esperienze da me compiute.

Per comodità di esposizione dividerò questo mio lavoro in diversi capitoli.

I. — Riassunto Storico.

La cistite fino ai tempi in cui scriveva il Nélaton (1886) si riteneva che poteva essere prodotta o da cause *traumatiche*, ovvero poteva essere *idiopatica* e *sintomatica.* Col primo nome si designava la cistite consecutiva a contusione o ferita della vescica, o a manovre fatte con istrumenti chirurgici su questo organo, ad eccessi venerei, sostanze irritanti inoculate in essa, ovvero che si eliminano per le urine, infine alla pressione della testa del feto durante il travaglio

del parto. Col nome di *idiopatiche* s'intendevano quelle che si manifestavano spontaneamente (temperamento sanguigno, età avvanzata, soppressione della mestruazione, gotta, reumatismo). *Sintomatiche* quelle cistiti che venivano in seguito ad altre malattie (emorroidi, ascessi anali, della fossa ischio-rettale, versamento nella cavità addominale, infiammazione dell' utero, del rene, calcoli, infezioni, (HERVIEUX (1) KLEBS, FORSTER, LE DENTU).

Cause predisponenti generali. — La cistite si avvera in tutte le età più nell'uomo, specie quando è di natura blenorragica. Nella donna la gravidanza ed il parto sono le cause principali. Dopo l'introduzione in chirurgia dell'antisepsi la cistite delle puerpere è quasi scomparsa, infatti PINARD (2) al Lariboisiére e nella clinica Baudelocque su 15,000 parti non ebbe più un caso di cistite.

MONOD (3) nel 1879 e CHENET (4) notarono che si avverava più nelle multipare. HERVIEUX (5) e BUMM (6) ammisero: il primo dovuta all'azione di un veleno puerperale, ed il secondo ad azione microbica, GUYON (7) pensa ad un'invasione microbica della vagina.

Alcuni mezzi esterni possono avervi una certa influenza, così il freddo, l'alimentazione, e l'igiene trascurata. Le estese scottature; le malattie infettive generali hanno una innegabile influenza sulla produzione di questa malattia, trattasi in questi casi di una infezione specifica, di una infezione secondaria, o solo dell'aggravamento di un infezione latente? A mio credere forse al passaggio di prodotti tossici per questo organo.

Cause predisponenti locali. — Tutti gli stati capaci di provocare una congestione vescicale, o una ritenzione completa o incompleta di urina favoriscono lo sviluppo di una cistite: (masturbazione, eccessi di coito, mestruazione, emorroidi). Le lesioni del midollo spinale, le fratture della colonna vertebrale, provocando una dilatazione dell'apparato circolatorio inferiore, creano uno stato morboso favorevole all'invasione microbica. Del pari una rapida evacuazione della vescica può provocare una emorragia intravescicale. I calcoli ed i corpi estranei asettici, provocando la congestione dell' organo e la ritenzione d'urina, hanno una influenza assai manifesta. Nei prostatici, arteriosclerotici, con ritenzione cronica di urina, le cistiti si manifestono con facilità e assai intense.

La composizione delle urine può in certi casi avere una influenza. Così le urine dei gottosi, quelle dei febbricitanti, che agiscono per

(1) HERVIEUX Maladies puerperales 1870.
(2) PINARD Comunication 1886.
(3) MONOD. Annales de Gynécologie 1880, v XIII, p. 167.
(4) CHENET. Thèse de Paris 1886.
(5) HERVIEUX Maladies puerperales 1870, p. 626.
(6) BUMM Cent. fur. Gynäk. 1885, p. 443.
(7) GUYON Leçons cliniques 1897.

i prodotti che tengono in soluzione possono provocare la malattia in parola.

Cause determinanti. — Le principali sono il cateterismo e la blenorragia. Sulla quistione del cateterismo si fa lunga discussione. Infatti si vede che alcune volte si può impunemente sondare con uno strumento non disinfettato certe vesciche senza che ne seguissero inconvenienti, mentre un catetere quasi asettico provoca delle lesioni infettive mortali in un altro ammalato. Comunque ciò sia, noi sappiamo della clinica, che il cateterismo praticato in una vescica giovane, e che si svuoti completamente, non determina che appena qualche fenomeno passeggiero.

La quistione si complica colla presenza nello stato normale dei microbi di diversa specie nel canale uretrale (Legrain) (1), microbi che verrebbero trasportati nella vescica da un catetere asettico; ma l'esperienza dimostra che usando strumenti rigorosamente asettici l'infezione non si avvera o raramente. Allora bisogna credere, o che i microbi dell'uretra siano poco virulenti, ovvero che essi trasportati in vescica solo allora provocano una infezione quando esiste una ritenzione (Rovsing) (2).

La blenorragia acuta del pari provoca la cistite specialmente nelle ultime settimane della infezione, essa si avvera facilmente in seguito a cateterismo o ad iniezione, che respinge i prodotti infettivi dall'uretra nella vescica, nello stesso modo delle iniezioni durante una blenorragia agisce il trauma, il coito, l'equitazione e gli eccessi di ogni genere. Le cistiti consecutive ad uretriti posteriore blenorragiche sono estremamente frequenti.

Da molti anni aveva attirata l'attenzione degli osservatori la decomposizione spontanea dell'urina in contatto dell'aria « *fermentazione urinaria alcalina* ». Si era visto che in certe condizioni patologiche si avverava lo stesso fenomeno nell'interno della vescica, e si spiegò come un fenomeno chimico dovuto a decomposizione ammoniacale dell'urina per un fermento non organizzato (muco, pus, sostanze albuminoidi, ed estrattive).

Nel 1860 Pasteur dimostrò che la fermentazione è devoluta alla presenza ed evoluzione dei microrganismi. Dopo i lavori di Leube e Graser (3), che studiarono i microbi della fermentazione ammoniacale, furono intrapresi numerosi lavori sull'origine batterica della cistite.

Il periodo batterico della cistite cominciò solo allorchè i metodi d'indagine furono perfezionati, poichè prima si fecero delle semplici osservazioni batterioscopiche, che trassero in inganno gli osservatori.

---

(1) Legrain. Thèse de Nancy 1888.
(2) Rovsing Berlin 1890.
(3) Leube et Graser. Virchow s' Arch. v. C. p. 55.

Bumm per il primo esaminò, con culture in piastre, le urine, di 8 inferme di cistite puerperale, servendosi del catetere, o di urine puriforme acide. In tutti questi casi isolò un diplococco, che per la forma, e per il suo aggrupparsi e frequenza nelle cellule di pus, egli chiamò *gonococco;* però si distingue da questo per la proprietà di colorarsi con il metodo di Gram, e di coltivarsi sui comuni terreri nutritivi; le culture sono analoghe a quelle dello *staphylococcus pyogenes aureus*, ma, trasportato nelle urine sterilizzate, non ne provoca alcuna decomposizione. Iniettato nella vescica dei conigli e cani non determina alcuna lesione. Tuttavia, provocando una irritazione della mucosa vescicale, ovvero una ritenzione artificiale di urina, e poi inoculando questo microrganismo si manifesta una cistite purulenta. Bumm ne dimostra la presenza nei lochii, e suppose che la sonda lo avesse trasportato nella vescica delle sue inferme.

Michaëlis (1) confermò le esperienze di Bumm, però Bouchard (2) aveva fino dal 1879 parlato di batterî urinarî; allora i metodi erano imperfetti allo studio di essi, e quindi è possibile che il bacillo di Bouchard sia identico a quello rinvenuto da Bumm come pensa anche Charrin (3).

Nel 1887 si ricominciò a parlare di batterî, quali fattori della cistite, Clado (4) descrisse un batterio settico della vescica: Esso è un piccolo bacillo, mobile, polimorfo, che non fluidifica la gelatina, e rende ben presto alcalino il mezzo nutritivo. Esso è virulento per i topi, le cavie, e i conigli i quali muoiono di setticemia. Le inoculazioni di culture pure nella vescica producono cistite acuta, però in alcuni casi all'Autore riuscirono inoffensive. Del resto l'Autore non dice in quali casi di cistite egli ha rinvenuto questo microrganismo, non parla del metodo per raccogliere le urine, e perchè ha studiato solo questa varietà di microrganismo.

Nello stesso anno Hallè (5) in un caso di cistite, seguito da infezione urinaria, che menò a morte l'infermo: nell'urina, nel sangue, nella milza e negli ascessi miliari renali rinvenne un microrganismo speciale in forma di bacillo. Esso è un bacillo corto, ovoide, non fluidifica la gelatina, ed è virulente per le cavie, esso è considerato identico a quello trovato da Clado.

Di poi Halle insieme ad Albarran (6) hanno praticato 50 analisi

(1) Michaëlis. Deutsche med. Wochenschr. 1886, p. 492.

(2) Bouchard in Guiard. Etude clinique et exp. sur la trasformation ammoniacale des urines. Thèse de Paris 1883.

(3) Charrin. Sur la bactérie urinaire. Semaine méd 1891, p. 500.

(4) Clado Etude sur une bactérie septique de la vessie. Thèse de Paris 1887.

(5) Hallé. Recherches bact. sur un cas de fièvre urineuse. Bull. de la Soc. anat. 20 oct. 1887.

(6) Albarran et Halle. Note sur une bactérie pyogène et sur son rôle dans l'infection urinaire (Bulletin de l'Acad. de méd 21 Aoút 1888 et Semaine méd. 1888.

di urine di altrettanti infermi, che presentavano svariate manifestazioni dell'infezione urinaria, (cistite purulenta, pielo nefrite suppurata. ascesso urinoso, ascesso renale). Le urine furono raccolte asetticamente e trattate con tutti i metodi moderni delle indagini batteriologiche. I risultati furono assai interessanti. In 47 casi su 50 si trovò lo stesso bacillo spesso in numero enorme; 15 volte si presentò in cultura pura, negli altri casi era associato a diverse specie di cocchi. Gli autori lo dissero: *batterio piogeno* per la sua proprietà suppurativa che aveva; questo era lo stesso di quello descritto prima da HALLE, e forse identico a quello di CLADO.

Un esame più accurato mostrò che il *batterio piogeno* è un organismo a bordi arrotonditi, polimorfo, si colora facilmente con il metodo di Gram; coltivato nell'urina acida sterilizzata produce una decomposizione lenta di questa in carbonato d'ammonio. Si sviluppa bene a temperatura di stanza senza liquefare la gelatina, ed è anerobico facoltativo. Inoculato agli animali in cultura pura produce delle lesioni suppurative e ALBARRAN e HALLE giunsero a riprodurre sugli animali le medesime lesioni degl'infermi, dai quali era stato ricavato questo microrganismo. L'iniezione di culture pure nella vescica dei conigli con ligatura dell'asta diede luogo ad una cistite violente; e l'iniezione nell'uretere con legatura di esso produsse pielite e nefrite con ascessi miliari corticali e midollari. Inoculato nel sangue produsse la morte rapidamente per infezione generale.

Dopo questi risultati ALBARRAN disse che questo bacillo era la causa più frequente delle infezioni urinarie.

L'anno dopo (1889) ALBARRAN (1) studiò 25 casi di nefrite da infezione urinaria, e trovò 23 volte il *batterio piogene*; 15 volte in cultura pura, 4 volte associato o cocchi, 2 volte ad un *bacillo liquefaciente*, ed 1 volta allo *streptococco piogene*, questo ultimo lo trovò in due casi in cultura pura. Egli dimostrò la presenza di questo microrganismo nel tessuto renale, e conchiuse che le nefriti infettive ascendenti o discendenti da infezione urinaria prendono la loro origine da questo germe delle urine, cioè il *batterio piogene*.

In seguito TUFFIER e ALBARRAN (2) hanno trovato lo stesso microbo in 4 casi d'ascesso urinoso; 3 volte isolato, 1 volta in compagnia di altri micrococchi e conchiudono che questo batterio è la causa di questa suppurazione, DOYEN (3) ricercando l'etiologia della pielo nefrite suppurata ascendente ha isolato 3 varietà di batteri che ha identificato al *proteus Zenkeri*, al *proteus mirabilis* ed al *proteus*

(1) ALBARRAN. Etude sur le rein des urinaires. Paris 1889.

(2) TUFFIER et ALBARRAN. Note sur les microrganismes des abcés urineux péri urethraux (Annales des mal des org. gin. urin. 1890, p, 533.

(3) DOYEN, La néphrite bacterienne ascendante (Jour. des Connaissances médicales ?8, p. 266.

vulgaris, egli lo rinvenne nell' urina della vescica e nel parenchima renale, tanto che Doyen ammise una distinzione tra la nefrite infettiva pioemica, nella quale i microbi si trovano nel rene e nel sangue, e la nefrite infettiva ascendente nella quale i microbi penetrano per la via urinaria, e non si trovano nel circolo sanguigno.

In una pubblicazione più recente Doyen (1) descrisse tutta una serie di microbi, che isolò in cultura pura dalle urine di infermi affetti da cistite e da pielo-nefrite. I microbi da lui isolati sono stati i seguenti:

1.° *Bacillus urinae claviformis.* 2.° *Bacillus faetidies.* 3.° *Bacillus urinae major* (più tardi lo identificò a quello di Clado) 4.° *Bacillus urinae aërobius.* 5.° *Bacillus urinaire striatus.* 6.° *Bacillus urinae mollis* (più tardi descritto da Cornil e Babes (2), Clado Albarran e Halle). 7.° *Bacillus urinae tenuis.* 8.° *Bacillus urinae pellucidus.* 9.° *Bacillus urinae diffluens.* 10.° *Bacillus urinue liquefaciens.* 11.° *Micrococcus urinae albus.* 12.° *Micrococcus urinae major* (Morelle più tardi lo identificò allo *streptococcus piogenes*). 13.° *Micrococcus urinae albus olearius* (probabilmente lo *staphylococcus pyogenes albus*). 14.° *Micrococcus flavus olearius* (probabilmente *staphylococcus pyogenes aureus*). Tutti questi microrganismi meno i due primi sono virulenti per le cavie, che muoiono tra 5 a 24 ore per inoculazione di cultura pura nel peritoneo. Tutte queste specie possono essere raggruppate in una specie polimorfa.

Rovsing (3) ha praticato l'esame batteriologico di 29 casi di cistite dell' Ospedale Frédéric di Copenhague, e nelle urine raccolte sterilmente ha trovato una sola specie di batteri in cultura pura, più raramente 2 o 3 specie associate, ed ha diviso questi microbi in due classi cioè; *virulenti* e *non virulenti* per gli animali. Tra i patogeni ha rinvenuto: 1.° *Bacillo della tubercolosi.* 2.° *Staphylococcus pyogenes aureus.* 3.° *Staphylococcus pyogenes albus.* 4.° *Staphylococcus pyogenes citreus.* 5.° *Streptococcus pyogenes ureae.* 6.° *Diplococcus ureae pyogenes.* 7.° *Coccobacillus ureae pyogenes.* 8.° *Micrococcus ureae flavus pyogenes.* Tra i non patogeni ha rinvenuto. 1.° *Diplococcus ureae trifoliatus.* 2.° *Streptococcus ureae rugosus.* 3.° *Diplococcus ureae non pyogenes.* 4.° *Coccobacillus ureae non pyogenes.*

I suoi esperimenti sugli animali gli dimostrarono, che le inoculazioni di cultura pura nella vescica sana non producevano giammai la cistite, i batteri sono espulsi prima di avere il tempo di determinare la decomposizione delle urine. Se al contrario determinava una ritenzione di urina contemporanea alla inoculazione, i microbi pro-

---

(1) Doyen. Comunication faite à l'Acad. de méd. 2 avril 1889.

(2) Cornil e Babes. Les bactéries, T I, p. 523.

(3) Rovsinc Sur l'étiologie la pathogenie et le traitement des cystites. Copenhague 1889,

ducevano la decomposizione ammoniacale dell' urina, e si sviluppava una cistite diversa secondo la natura del microbo. I microbi da lui trovati non piogeni producevano una cistite catarrale lieve di breve durata, nella quale l'urina subiva una trasformazione ammoniacale senza contenere pus; i microbi piogeni determinavano una cistite ammoniacale suppurativa, affezione spesso gravissima accompagnata da febbre, dimagrimento dell'animale ed infine morte dello stesso.

Rovsing riassunse così la patogenesi di queste due forme di cistite, nella forma catarrale, l'attività dei microbi si limita a trasformare l' urina in un liquido irritante per la mucosa vescicale, tanto che i batterî stessi non attaccano la mucosa; nella cistite suppurativa i microbi decompongono l'urina e provocano un catarro della mucosa; in seguito essi, profittando del terreno così preparato, s'insinuano nella mucosa stessa, e vi svolgono la loro azione piogena.

Per spiegare l'origine dei microbi e la via d'entrata nella vescica Rovsing ha esaminato la flora batterica dell'uretra normale, ed ha rinvenuto gli stessi microrganismi della cistite. Egli conchiude che in un gran numero di casi i germi patogeni sono introdotti per mezzo d'istrumenti, in altri casi essi sono portati dal sangue e qualche volta da ascessi rottisi nella vescica.

Da questi suoi studi Rosving stabilì una divisione semplice della cistite cioè: 1.° *Cistite catarrale.* 2.° *Cistite suppurativa.* (a) *Cistite suppurativa ammoniacale.* (b) *Cistite suppurativa acida* o *tubercolare.*

Nel 1890 Krogius (1) descrisse un *bacillo liquefacente settico*, che egli trovò in 3 casi di cistite su 10. Questo bacillo si distingue per la sua proprietà di decomporre energicamente l' urina, e di liquefare la gelatina. Le esperienze sugli animali lo dimostrarono assai patogeno; le inoculazioni nella vescica con legatura dell' uretra, determinarono nei conigli una cistite violenta; 8 giorni dopo l'iniezione il bacillo si rinviene in cultura pura non solo nell'urina, ma ancora nei reni; iniettato per i reni, nel peritoneo e nel connettivo sottocutaneo esso uccide il coniglio; per le cavie è meno virulento.

Schnitzler (2) descrisse un bacillo simile a quello di Krogius e che più tardi fu riconosciuto identico a quello. Lo stesso Schnitzler (3) più tardi fece una dettagliata descrizione del microbo da lui rinvenuto, ed in 25 casi di cistite ammoniacale fu trovato 16 volte, in 9 casi in cultura pura. Per le numerose esperienze fatte sugli animali l'Autore è venuto a delle conclusioni molto interessanti. Se questo microbo s' inietta nel tessuto sottocutaneo, il bacillo si mostra piogeno: un' iniezione nella pleura o nel peritoneo di cultura pura di

---

(1) Krogius. Note sur un bacille pathogène trouvé dans les urines pathologiques (Comptes rendus hebdomad. de la Soc. de Biologie n. 27. 1890.

(2) Schnitzler. Zur Aetiologie der acuten Cystitis. Centralbl. f. Bacter, 1890. Bd VIII n 25.

(3) Id. Zur Aetiologie der acuten Cystitis. Wien 1892.

questo microbo determina una grave infiammazione purulenta fibrinosa, che il più delle volte uccide l'animale in qualche giorno. L'inoculazione endovenosa nei conigli produce una nefrite acuta intensa, e 24 ore dopo l'inoculazione il batterio compare già nelle urine. Il punto più interessante degli esperimenti è che introdotto questo batterio, in una vescica sana senza ritenzione d'urina, senza alcuna lesione produce una cistite ammoniacale. Del resto ricerche consecutive dimostrarono che questo bacillo non è altro che il *proteus vulgaris* di HAUSER.

Nel 1891 MORELLE (1) esaminò 17 casi di cistite e 13 volte (6 volte in cultura pura) trovò un bacillo che suppose identico a quello di CLADO o *batterio piogeno* di ALBARRAN e HALLE o *coccobacillus ureae pyogenes* di ROVSING, ed infine simile a parecchi dei batteri di DOYEN. Intanto MORELLE cercò d'identificare questo suo bacillo ad una varietà di già nota cioè il *bacterium lactis aërogenes* d'ESCHERICH. Il bacillo di MORELLE non decompone l'urina, non liquefa la gelatina e sull'agar sviluppa gas. Esso è patogeno. Indipendentemente a questo microrganismo MORELLE trovò i comuni microbi piogeni: *staphilococcus pyogenes aureus* e *streptococcus pyogenes* e qualche altro di minore importanza:

L'anno dopo KROGIUS (2) facendo l'esame batteriologico dell'urina di 22 malati sofferenti di affezioni urinarie (cistite, pielite, pielo nefrite) trovò una sola specie di batterii allo stato di cultura pura. Di 16 infermi, le urine dei quali contenevano questo bacillo, 5 soffrivano semplice cistite, 7 erano affetti di pielo nefrite, nell'ultimo caso non vi era cistite, e l'esame microscopico non dimostrò che dei globuli di pus e una quantità enorme di bacilli e KROGIUS registra questo caso sotto il nome di « *bacteriurie* »; le urine erano acide, più o meno purulente e di odore fetido. Questo bacillo aveva virtù piogena e tossica.

Le ricerche ulteriori di KROGIUS dimostrarono che questo bacillo era identico a quello rinvenuto dagli altri. MORELLE lo riguarda identico ad uno dei parassiti dell'intestino, cioè al *bacterium lactis aërogenes* cioè al *bacterium coli commune* di ESCHERICH. Su 17 infermi, in cui nelle urine si trovava questo bacillo, solo 6 volte egli potè spiegare la penetrazione a mezzo del cateterismo, e negli altri casi egli non potè determinare la via che aveva seguito.

ACHARD e RENAULT (3) dimostrarono alla Società di Biologia di Parigi, che nel rene di una donna incinta, affetta da nefrite, si trovava un bacillo che era simile per i suoi caratteri al *bacterium-coli commune*.

(1) MORELLE Etude bactériologique sur les Cystites. La Cellule. T. VII. fas. 2, 1891.
(2) KROGIUS. Recherches bactériolsgiques sur l'infection urinaire (Helsingfors, 1892).
(3) ACHARD et RENAULT. Soc. de Biologie 22 décembre 1891 et Semaine médicale 1891.

Reblaub (1) che aveva visto una grande analogia fra il *bacterium pyogene* e il *coli-bacillo* fece le medesime considerazioni dei suddetti Autori.

Haushalter (2) de Gennes e Hartmann (3) Guinon (4) comunicarono dei casi di cistite provocata *dal bacterium coli*.

Infine Denys (5) in 25 casi di cistite trovò 17 volte lo stesso microrganismo nelle urine, esso era associato allo *staphilococcus pyogenes aureus* ed una sola volta allo *streptococcus pyogenes;* quando le urine erano alcaline, egli vi rinvenne costantemente lo *staphylococcus pyogenes aureus;* quando alla natura di questo è d'accordo con Morelle che il *bacillus aërogenes lactis* è l'agente più comune delle ordinarie infezioni urinarie, e non come crede Achard, Renault e Krogius il *bacterium coli commune*.

Reblaub nel 1892 (6) su 16 casi di osservazione rinvenne: 6 volte il *batterio piogeno* (*coli-bacillo*) 4 volte lo *staphylococcus pyogenes albus*: 2 volte l'*urobacillus liquefaciens*, 2 volte il *bacillus griseus*, 1 volta il *micrococcus albicaus amplus*, 1 volta il *diplococcus·subflavus*.

Lundstroem (7) descrisse 2 nuovi microrganismi fattori della cistite, lo *staphylococcus ureae liquefaciens* e lo *staphylococcus ureae candidus,* tutti e due avevano la proprietà di decomporre rapidamente l'urina, e l'inoculazione nella vescica di coniglio, provocando temporanea ritenzione di urina, generava in questi animali una cistite lieve e di poca durata.

Haim (8) in un caso di cistite con incontinenza di urina ha coltivato un *bacillo aerobio* che si colora con il metodo di Gram, si sviluppa sulla gelatina senza liquefarla, e decompone l'urina.

Melchior (9) ha esaminato l'urina batteriologicamente di 35 infermi di cistite dei quali 19 uomini e 16 donne ed ha ottenuto i seguenti risultati. Ha rinvenuto sempre dei microbi nelle urine di individui affetti da cistite, in molti casi i microbi dimoravano nelle urine molto tempo dopo la guarigione apparente della cistite: In 28 casi egli ha trovato una sola varietà di microrganismi: in 5 casi

---

(1) Reblaub. Bull. de la Soc. de biologie Séance de 29 décembre 1891.

(2) Haushalter. Cystite bactérienne primitive. Annales des mal. des orig. gén. urin, 1891, p 264.

(3) De Gennes et Hartmann. Bull. de la Soc. Anat. de Paris 1888.

(4) Guinon. Infection urinaire par le coli-bacillo. etc. Semaine méd. 1892, p 508.

(5) Denys. Etude sur les infections urinaires. Bull. de l'Acad. royale de méd. de Belgique 1892. T. VI. n. 1, p. 114.

(6) Reblaub. Cystites non tuberculeuses chez la femme, 1892.

(7) Lundstroem. Om. Urinamnets Sonderdelning genom mikrober samt om dessas forhalländetil cystitis Helsingfors, 1890.

(8) Heim. Ein Bakterienfund in saurem Harm. Situngsbericht der Wurzburger physik medic. Gesallschaft III. Sitzung vom 18 mars. 1892.

(9) Melchior Cystite et Infection Urinaire. Traduit du Danois par Le D. Noel Hallé. Paris 1895.

trovò 2 specie; in 2 casi ne trovò 3 specie associate; in qualche raro caso il numero delle varietà batteriche associate oscillava durante il decorso della malattia. Il cateterismo introdusse in vescica delle nuove specie, 2 volte da 1 a 3 specie; 1 volta da 2 a 3 specie; in 1 caso il primo esame rilevò una cultura pura di *bacilli tubercolari*, più tardi dopo l'escissione dell'ulcera tubercolare, non si trovarono più *bacilli tubercolari* ma dei *streptococchi*.

Solamente 3 volte la disseminazione dell'urina sui mezzi nutritivi ordinari non diede sviluppo di colonie; in 2 casi trovò il *bacillo tubercolare* al terzo esame.

Nella maggioranza dei casi egli trovò dopo morto l'infermo nell'urina della vescica gli stessi microbi rinvenuti durante la vita, in qualche raro caso egli li trovò nel bacinetto e nei reni, mai nel sangue e nel cuore.

Melchior in tutto ha notato 9 specie differenti di bacilli;

	fu trovato	in cultura pura	
Bacterium coli commune .	24 volte	17 volte	
Streptococcus pyogenes . .	4 »	3 »	
Proteus Hauser . . .	4 »	1 »	
Bacillus tubercularis . .	3 »	2 »	
Diplococcus ureae liquefaciens	3 »	2 »	(specie nuova)
Staphylococcus ureae liquefaciens	3 »	1 »	
Streptobacillus antracoides .	3 »	0 »	(specie nuova)
Gonococcus Neisser / *Bacillus typhi abdominalis*	ciascuno una volta in cultura pura		

Paragonando i risultuti ottenuti di Melchior a quelli degli altri osservatori si vede che vi è perfetto accordo tra di loro. Infatti Albarran e Hallé hanno trovato il *batterio piogene* 47 volte in 50 casi. Doyen quasi in tutte le sue osservazioni ha rinvenuto un *bacillo non liquefacente*. Krogius ha trovato il *bacterium coli* 16 volte in 20 infermi. Morelle ha rinvenuto il *bacterium lactis aërogenes* 13 volte in 17 casi. Denys ha osservato lo stesso microbo 17 volte in 25 casi. Tutti questi microbi più tardi sono stati identificati per il *bacterium coli commune*.

Solamente Schnitzler in 25 infermi quasi sempre ha rinvenuto il *proteus* di Hauser. Resta solo Rovsing i cui risultati sono in completo disaccordo con quelli avuti da Melchior, però se si considera che il primo ha sperimentato su d'urine provenienti da cistite ammoniacale, ed il secondo su d'urine provenienti da infermi con cistite acide, questa divergenza che appare a prima vista non esiste in realtà.

I risultati degli esperimenti di Melchior sugli animali sono stati i seguenti: Egli dapprima esaminò gli effetti della introduzione diretta delle culture pure nella vescica normale di animali sani, e constatò come regola generale, che non si manifestano sintomi morbosi negli

animali, l'urina non contiene mai pus, e dopo qualche tempo è priva dei microbi introdottivi. Questi risnltati corrispondono a quelli di Guyon, Rovsing, Krogius, e confermano il fatto che i microbi da soli non determinano la cistite. Il tempo che occorre affinchè la vescica possa sbarazzarsi coll'urina dei germi è molto vario, in generale da 1 a 3 giorni, alcune volte più di 1 settimana. Rovsing invece ritiene che bastano appena 2 o 3 ore al massimo 6 ore, la causa di ciò pare dovuta a che Rovsing inoculava una quantità assai lieve di cultura. Guyon (1) ha dimostrato con lo *staphilococcus pyogenes aureus*, *streptococcus pyogenes* e *bacterium pyogenes* che per aversi l'eliminazione completa di questi microbi sono necessari 1 a 2 giorni. Il solo batterio che fa eccezione è il *proteus* di Hauser, il quale da solo può provocare la cistite, fatto assodato da Schnitzler e Krogius, ciò dipende dal potere che ha questo microrganismo di decomporre l'urina in 5 a 6 ore, e così prepara un terreno favorevolissimo allo sviluppo della malattia.

I risultati furono diversi quando dopo l'introduzione della cultura pura nella vescica Melchior provocava una ritenzione temporanea con la ligatura dell'uretra. Allora si manifestava sempre una cistite, differente secondo la specie di microbi introdotti, talvolta di lunga durata con urina fortemente purulenta, e qualche volta sanguinolente, ed alterazioni generali dell'animale talvolta di breve durata con urina contenente poco pus. Rovsing rileva una notevole differenza tra i microbi piogeni e non piogeni, questi ultimi è vero che producono una suppurazione vescicale e una febbre di breve durata, però senza alcun trattamento curativo appena si allontana l'ostacolo alla emissione dell'urina tutto ritorna al normale. E v'ha di più Melchior non ha mai notato una forma di cistite catarrale prodotta da microbi non patogeni, e caraterizzata da emissione di urina ammoniacale e non purulenta.

V'è ancora un altro fatto importante cioè che Rosving ammette, che la decomposizione dell'urina sia una condizione, sine qua non, per determinare la cistite, mentre Melchior ha visto che le inoculazioni di culture di *streptococcus pyogenes*, *bacillo tifico* e *bacterium coli* tutti piogeni provocano la cistite, e sono privi della proprietà di decomporre l'urina, e queste cistiti sono più gravi di quelle dovute a microbi, che hanno la proprietà di decomporre l'urina (*staphylococcus ureae liquefaciens*, *diplococcus ureae liquefaciens* e *streptobacillus anthracoïdes*). Lo stesso Melchior ha notato che la ritenzione di urina di breve durata è sufficiente per fare, che un microbo inoffensivo divenga un agente nocivo. Una volta provocata la cistite,

---

(1) Guyon Note sur les conditions de réceptivité de l'appareil urinaire a l'invasion microbienne Annales des maladies des organes génito urinaires 1830, p. 260.

essa si sviluppa spontaneamente, ma la ritenzione di urina vi ha una grande importanza, potendo ridestare una cistite latente.

Le esperienze di ritenzione dimostrarono ancora un fatto concernente la cistite, cioè che l' urina può ritenere per molto tempo microbi in stato di decomporre l' urina, senza che la sua reazione divenga necessariamente ammoniacale. La spiegazione di questo fatto è che i batteri non hanno il tempo per decomporre tutta la quantità d'urina, in effetti in una vescica normale l'urina si rinnova incessantemente, le evacuazioni sono seguite da una scarica di urina renale fresca; mentre allorchè si provoca una ritenzione l'urina diviene ammoniacale, quindi favorevole ai batteri. Sicchè si può ritenere che esistono delle relazioni tra la ritenzione e l'ammoniuria, e la ritenzione può essere la causa della decomposizione ammoniacale dell'urina.

Il Melchior si domanda pure quale è l'effetto della semplice ritenzione d'urina: sarà essa sola bastevole a provocare la cistite? Egli ha fatto al proposito qualche esperienza; mediante la legatura dell'asta per 5 a 13 ore egli non rinvenne mai cistite, e l'urina si mantenne sterile, Guyon e Rosving sono giunti a dimostrare, che la ritenzione d'urina sterile non produce suppurazione.

Le alterazioni anatomiche che Melchior ha riscontrato sulla vescica alla quale si era praticata una legatura per 36 ore sono state le seguenti: La vescica era enormemente distesa, le pareti fortemente anemiche senza rottura, la mucosa iniettata, con vasi fortemente congestionati, detriti e numerose ecchimosi, del volume d' un punticino, dilatazione degli ureteri e del bacinetto. I reni un poco congestionati ed il tessuto intatto. Questi fatti dimostrano che una semplice ritenzione d'urina non può determinare una cistite, però ciò è di una grande importanza, perchè è una condizione per provocare delle alterazioni nutritive profonde non solamente della vescica ma di tutto l'apparato urinario.

Melchior esaminò pure i risultati dell' introduzione di microbi nella vescica previo un trauma su questo organo. Egli provocò una contusione di questo organo introducendo in esso uno stiletto tondo da avere una scarificazione superficiale, e poscia inoculò cultura di *coli commune* e si produsse una cistite; invece la semplice scarificazione con uno stiletto asettico non diede luogo a cistite. In un altro animale introdusse un calcolo sterilizzato e non si sviluppò alcun sintomo di cistite; 17 giorni dopo inoculò nella stessa vescica una cultura pura di *bacterium coli*, l'urina divenne purulenta.

In un altro animale praticò una inoculazione di nitrato d'argento (soluzione al 5 °[o]) e non provocò cistite, però se dopo la inoculazione del nitrato d'argento inoculava culture batteriche, si manifestava una cistite purulenta.

In un altro animale praticò delle inoculazioni di acqua sterile fredda o calda, e vide che i conigli sono più suscettivi al raffredda-

mento, e che si prepara così un terreno favorevole all'attecchimento dei germi che possono in secondo tempo capitarvi.

In conclusione MELCHIOR ha dimostrato: che oltre ai microbi come fattori della cistite, il trauma e la ritenzione di urina sono dei momenti etiologici di non poco rilievo.

REBLAUB (1). In tutti i casi di cistite delle donne ha rinvenuto nelle urine un agente microbico in cultura pura ovvero in predominio nelle urine; i microbi da lui trovati sono stati il: *bacterium pyogenes*, *staphylococcus pyogenes*, *urobacillus liquefaciens*, *bacillus griseus*, *micrococcus albicans* e *diplococcus subflavus*; il microbo cui dà maggiore importanza sarebbe il *bacterium pyogenes* che pare essere il *bacterium coli commune*.

HUBER (2) ha esaminato l'urina di parecchi infermi di cistite dal punto di vista batteriologico ed isolò dei microbi patogeni, per i comuni animali da esperimenti; ma con tutto ciò non crede che i microbi siano la sola causa della cistite, ma oltre alla predisposizione vi bisogna una tossina. AUDRY (3) ha osservato 200 casi di cistite in seguito a blenorragia ed ammette che l'infiammazione della vescica succede per invasione di microbi sovraggiunti, i quali trovano il terreno preparato, e s'impiantano sull'epitelio vescicale.

BOSELLINI (4) ha esaminato l'urina di 12 infermi di cistite acuta ed ha rinvenuto in 6 casi solo lo stafilococco piogene albo, in 3 casi associato allo stafilococco cereo od al diplocococco; nelle cistiti croniche in 8 casi notò 6 volte il solo batterium coli commune e 2 volte associato allo stafilococco albo ed al proteo vulgare; in 2 casi di cistite cronica riacutizzata il batterium coli commune 1 volta solo ed 2 volta associato allo stafilococco albo; in 3 casi di cistite subacuta trovò il bacterium coli commune 1 volta associato al proteo vulgare ed 1 volta allo stafilococco piogene albo.

Questi sono i principali lavori pubblicati sino all'èra presente. Molti sono stati i microbi rinvenuti ed isolati dalle urine d'infermi affetti da cistite, ma molti non differiscono che solo per il nome, e si possono in realtà raggruppare in due o tre specie che più frequentemente sono stati rinvenute.

Quale è infine il rapporto tra l'ammoniuria e la cistite? Questo è un punto della più grande importanza nello studio della cistite, però esso non è stato ancora risoluto. La maggior parte dei clinici

---

(1) REBLAUB, Etiologie et pathogénie de cystites non tuberculeuses chez la femme (Thèse de Paris, 1892.

(2) HUBER. Zur Aetiologie der Cystites (Archiv. f. pathol. Anat. u. Physiol. (XXXIV-2).

(3) AUDRY. Des cystites blenororragiques et de leur traitement operatoire (Arch. prov. de chir Méd., 1894).

(4 BOSELLINI, Il Bacterium coli nella Cistite dell'uomo (Giornale Italiano delle Malattie Veneree e della Pelle. Fas. V, 1899).

con a capo il GUYON credono che sia un fenomeno secondario invece per ROVSING è il fenomeno principale, e questa facoltà è dovuta al microbo, ed è una condizione necessaria per spiegare la sua azione sulla vescica.

* * *

II. — OSSERVAZIONI SULL'UOMO.

Le mie osservazioni sono state eseguite sulle urine di 28 casi di cistite. Ne darò un riassunto per ciascun caso, ed esporrò i risultati dell'esame batteriologico; in alcuni infermi l'esame è stato ripetuto parecchie volte ed esporrò solo la media di queste investigazioni.

Prima di passare all'esposizione delle mie osservazioni esporrò il metodo del quale mi son servito, tra i tanti, per raccogliere l'urina nel modo più sterile nei limiti del possibile.

Come raccogliere le urine, libere di tutte le sostanze estranee che si trovano nella vescica malata? È una questione assai complicata ed interessante. Noi sappiamo che normalmente nell'uretra si trova una flora batterica assai abbondante, quindi bisogna garentirsi contro questi ospiti normali dell'uretra, che possono complicare e rendere poco esatto l'esame batteriologico dell'urina contenuta in vescica.

I metodi adottati dagli sperimentatori che mi hanno preceduto, sono stati varî: LUSTGARTEN e MANNABERG (1) hanno proceduto a questo modo. Dopo disinfettato il meato urinario hanno invitato il soggetto in esame ad urinare, indi hanno raccolto l'ultima porzione di urina, e sottoposta questa all'esame batterioscopico. Il processo ben presto si mostrò insufficiente. Allora essi raccolsero le urine con una sonda sterilizzata dopo aver disinfettato il meato urinario, e trasportarono 5 ad 8 goccie di questa urina in 4 tubi di agar liquefatta, che furono tenuti nella stufa a 37° C. solo in qualche tubo videro svilupparsi qualche cultura. Si può ritenere che questo metodo per molteplici ragioni assai facili a capirsi non è esatto.

MELCHIOR ha tenuto la seguente procedura: Il meato urinario ed i dintorni sono sterilizzati con una soluzione fenica al 3 °/₀, poi a diverse riprese con una soluzione di acido borico ed infine con acqua sterile; poscia invita il soggetto ad urinare e quando il getto comincia a diminuire ha raccolto l'urina in una provetta sterile chiusa con ovatta. Trasporta 2 c.c. di urina in agar liquefatto, che fa solidificare in piastre, e dopo qualche giorno ne fa l'esame. Egli applicò questo metodo su 7 individui, e il risultato fu che l'urina si trovò sterile 2 volte; 4 volte conteneva una quantità limitata di

---

(1) LUSTGARTEN et MANNABERG. Vierteljahrsschrift für Dermatologie u. Syphilis, 1887.

germi, ed 1 volta la quantità di germi era tale che non fu possibile compierne lo studio. Questo processo fu seguito da DUCLAUX ed ENRIQUEZ, però lo stesso MELCHIOR non lo giudica molto esatto.

Più tardi MELCHIOR adottò un altro processo allo stesso scopo cioè: Disinfetta il meato e svuota la vescica con una sonda sterilizzata, l'ultima porzione di urina che vien fuori la raccoglie e se ne serve per l'esame batteriologico. Con questo metodo in 3 casi non vide che un limitato sviluppo batterico sui terreni nutritivi; negli altri 6 casi il numero delle colonie fu assai considerevole.

In una terza serie di ricerche MELCHIOR tenne la seguente via: L'uretra fu irrigata 3 volte con una soluzione borica al 4 °[o prima dell'introduzione della sonda sterilizzata, poscia l'urina fu raccolta come nel caso precedente. In 7 casi egli notò che 2 volte l'urina era sterile, in 5 casi si ebbe sviluppo batterico.

In una quarta serie di esperimenti egli fece dapprima un abbondante lavaggio nell'uretra con soluzione borica mercè l'irrigatore di ULTZMANN, e come nei casi precedenti raccolse la seconda porzione di urina. A questo modo notò in 7 casi l'urina sempre sterile. Quale controllo egli fece emettere le urine a questi stessi soggetti, e raccolse egualmente l'ultima porzione di urina, ma sempre constatò la presenza di germi.

Pensò ancora di introdurre in vescica una doppia sonda sterile, in modo che la interna non avesse toccato per nulla le pareti uretrali, però con tutto che egli allora faceva sporgere la sonda interna quando si trovava presso il forame vescicale, pure l'urina non veniva fuori assolutamente sterile, poichè con questo metodo non era assolutamente evitato il contatto con l'ultima porzione dell'uretra.

In una quinta serie di ricerche egli cercò di ottenere l'urina nel modo seguente: Dopo aver prese le solite precauzioni antisettiche, dopo un sol lavaggio borico fu introdotto nell'uretra la sonda doppia, come sopra menzionata, ed ottenne in 6 casi urina sterile.

Se si potesse adoperare la puntura della vescica allora l'esame sarebbe certamente esatto, ma ciò non è sempre facile per parte degl'infermi.

Nei miei esperimenti ho praticato a questo modo: Disinfettavo completamente il meato urinario, ed applicavo per 10 minuti sul ghiande o nella vulva un batuffolo di ovatta imbevuto in una soluzione fenica, poscia eseguivo dei lavaggi con acido borico, indi introducevo un catetere metallico con estremo tagliato a bordi levigati, nel cui interno facevo passare un catetere elastico a strofinio completo, questo apparecchio era sterilizzato e la parte metallica spalmata con olio sterilizzato: all'imboccatura della vescica spingevo il catetere interno elastico. Raccoglievo le ultime goccie di urine in un tubo sterile, e qualche volta le facevo cadere direttamente nella gelatina liquefatta, la quale ben presto era versata in una scatola di PETRI e fatta solidi-

ficare in piastre; altre volte mi son servito dell'agar. La prima porzione di urina mi serviva per l'esame chimico.

In rapporto all' analisi chimica dell' urina le mie ricerche sono state molto semplici. La reazione era notata appena emessa l' urina, così pure l'odore, il colore, il deposito, la densità; per ricercare l'albumina mi son servito del reattivo di SPIEGLER (1) (sublimato ed acido tartarico) avevo dell'ebollizione con l'aggiunta dell'acido tricloro acetico; per la valutazione quantitativa mi son servito dell'albuminometro di ESBACH e della soluzione di acido citrico e picrico. Per determinare la presenza del sangue mi son servito della reazione per mezzo del guaiacolo e fosfati, più specialmente dell'esame microscopico; qualche volta allorchè l'urina era ammoniacale ho ricercato questo principio mediante l'ebollizione e la carta reattiva.

L'esame batteriologico fu da me eseguito a questo modo. Praticavo la semina con qualche goccia di urina in gelatina od agar liquefatto e poscia solidificato in scatole di PETRI; d'ordinario la prima piastra non poteva essere osservata perchè interamente coverta di colonie, e dovevo ripetere tale pruova per due o tre volte, indi praticavo la pesca delle differenti colonie sviluppatesi sulle piastre, e le trasportavo in tubi di gelatina o di agar, per poter ottenere delle culture pure. Queste venivano esaminate al microscopio, e coltivate in diversi terreni nutritivi per poter rilevare i diversi caratteri; studiavo ancora di ogni varietà batterica il potere di decomporre l'urina, coltivandoli in urina sterile, e poscia ricercando l'ammoniaca con la carta di tornasole o con l'acido cloridrico. Cercavo ancora di riconoscere se il microrganismo vivesse in aerobiosi o pur no, tenendo conto degli studì di ROVSING, PLANER, PFÜFLGER, i quali hanno ammesso che nella vescica a sfintere sano non si trova aria, e quindi ammettono che tutte le specie di microbi aerobii non sono fattori di cistite. Infatti PLANER (2) ha esaminato i gas della vescica ed ha trovato tracce di ossigeno, e crede che questo sia penetrato con l'aria che vi si è introdotta. PFLÜGER (3) trova 0,07 0,08 % di ossigeno, d'altra parte non possiamo ritenere che gli aerobi non vivano nella vescica malata, perchè tiene solo tracce di ossigeno; se pensiamo che nell'intestino dove pure vi sono traccie di ossigeno vivono microbi, e se pensiamo che il bacillo del colera aerobio per eccellenza vive nel grosso intestino dove non vi è ossigeno.

Di ogni microrganismo ho praticato la colorazione con i soliti colori di anilina: fuxina fenica, bleu di metile; mi son servito ancora del metodo di GRAM, che per alcuni microbi riusciva positivo e per

---

(1) SPIEGLER. Eine empfindliche Reaction auf Eiweiss im Harn (Wiener Klin. Wochenschrift n. 2 a. 1892.

(2) PLANER. Uber die Gase des Harns und der Transsudate (Zeitschr. der K. K. ges der Aerzte zu Wien, 1759 n. 30.

(3) PFLÜGER. Die Gase der Secrete (Arch. fur Physiologie Bd. II. 1869.

altri no. Ho studiato ancora il potere patogeno servendomi d'inoculazioni sulle cavie nel connettivo sottocutaneo, peritoneo e vescicale.

Per raccogliere l'urina dalla vescica degli animali mi servivo della puntura sopra pubica, fatta con un ago cannula sottilissimo previamente sterilizzato; per la inoculazione in vescica poi adoperavo un catetere elastico sterilizzato attraverso del quale facevo passare la cultura o altre sostanze secondo i casi che esporrò. L'urina di questi animali era raccolta in recipienti sterili, e di essa mi servivo per l'analisi chimica e batterica.

L'urina dei conigli sani è fortemente alcalina, assai torbida, ma se vi si aggiunge qualche goccia di acido acetico o citrico si chiarifica completamente. La forte reazione alcalina dipende dall'abbondanza di alcali vegetali, fatto che si verifica in tutti gli erbivori, e se si tengono qualche giorno a digiuno, l'urina diviene chiara e acida. Secondo Berlioz (1) normalmente contiene germi, ma questi possono provenire dall'uretra.

Per determinare la ritenzione di urina transitoria praticavo una sutura alla radice dell'asta, qualche volta mettevo a nudo il collo vescicale e lo stringevo con un laccio di seta; quando volevo la ritenzione completa, allora mi servivo del secondo metodo. In qualche caso ho praticato l'innesto degli ureteri al retto, ovvero ai margini della ferita, e qualche volta li ho lasciati liberi nel cavo addominale, per fare che l'animale vivesse più a lungo. Ora esporrò brevemente le mie osservazioni cliniche.

Osservazione 1.ª — C. D. maritata di 34 anni, anamnesi remota muta, per nulla antecedente di tubercolosi, da un anno soffre di endometrite, accompagnata da emorragia che si accentua nel periodo della mestruazione, scolo purulento dalla vagina, anemia accentuata, qualche volta è pigliata da accessi febbrili.

L'urina fu da me raccolta con ogni precauzione come su ho esposto:

L'urina si mostrava biancastra, torbida, di odore fetido, e di reazione neutra; col riposo si chiarificava completamente, lasciando un deposito abbondante, densità 1016, presenza di albumina e di muco pus. All'esame microscopio constatai presenza di corpuscoli di pus e cellule epiteliali pavimentose ed altre di diversa forma, e parecchi cristalli di varia forma. All'esame batterioscopico constatai la presenza di numerosi cocchi isolati, ed altri disposti a catena; e con gli altri metodi d'investigazione potetti assodare trattarsi dello *streptococcus pyogenes,* questi microrganismi si mostravano in cultura pura; ed inoculati nel cavo peritoneale di due cavie, esse morirono per peritonite suppurativa acuta.

Dopo alcuni giorni ripetetti l'esame ed il risultato fu identico.

Osservazione 2.ª — G. S. uomo di 54 anni in seguito a ripetute blenorragie fu pigliato da restringimento uretrale per cui faceva uso di cande-

(1) Berlioz. Passage des bactéries dans l'urine. Thèse de Paris. 1887

lette, in seguito di che ebbe cistite ribelle a qualunque cura. Due anni prima aveva avuto sifilide. Nel momento della osservazione era affetto da nefrite, e gangrena secca delle dita del piede sinistro. (L'infermo fu osservato insieme al Professor De Amicis e più tardi al Prof. Gallozzi).

L'urina fu raccolta sempre colle medesime cautele.

L'urina era di un colorito biancastro, fortemente torbida, di odore fetidissima appena estratta, di reazione fortemente alcalina, col riposo si formava un deposito bianco giallastro, che riempiva a metà il recipiente, e la parte superiore restava tuttavia torbida; la densità era di 1020; grande quantità di albumina (5 $^0/_{00}$ Esbach) e di muco pus; assai manifesta era la reazione dell'ammoniaca. All'esame microscopico constatai una enorme quantità di corpuscoli di pus, molti leucociti e parecchi globuli rossi, in gran numero le cellule epeteliali pavimentose, non che cilindri renali. All'esame batterioscopico constatai la presenza di numerosi cocchi isolati, ed altri ammassati, non che numerose forme di bacilli, alcuni isolati, altri disposti ad ammassi, ed altri assumevano l'aggruppamento caratteristico delle sarcine, a balle di cotone. L'esame sulle piastre di gelatina e di agar, le prime volte non fu possibile, perchè dopo 24 ore la gelatina già era tutta liquefatta, e l'agar era ricoperto da una pattina biancastra uniforme, fatta dall' enorme e fitto sviluppo di colonie, per cui ogni ricerca riusciva infruttuosa; così dopo parecchie diluizioni e passaggi, potetti compiere lo studio di questi microrganismi e tra essi potetti riconoscere ed identificare: lo *staphylococus pyogenes albus*, ed il *proteus vulgaris* tra i patogeni, dei non patogeni rinvenni parecchie varietà di *sarcine* delle quali poco mi curai.

L'urina filtrata ed inoculata nella vena femorale di un coniglio lo ammazzava rapidamente nelle proporzioni di 28 cc. per $^0/_{00}$ di peso dell'animale, sicchè il suo potere urotossico era di molto elevato. Un c.c. di questa urina inoculata nel cavo peritoneale di una cavia la uccideva in 24 ore per peritonite purulenta. Le culture pure di *staphylococcus pyogenes albus* e quelle di *proteus vulgaris* isolati da queste urine, inoculate nel cavo peritoneale di due cavie del peso medio di 400 gr. nelle proporzioni di 0.25 c.c. determinavano la morte per peritonite purulenta dopo 24 a 36 ore.

Osservazione 3.ª — B. P. donna di 53 anni fu pigliata da polmonite acuta al lobo inferiore del polmone destro, e poscia al lobo inferiore dell'altro polmone; durante l'acme della malattia si verificò ritenzione completa di urina; l'inferma avvertiva forte dolore, e all'esame fisico (fatto insieme al Prof. Pellecchia) si notava enorme distensione della vescica, per cui fui costretto svuotarla mediante il catetere metallico. Quantunque l'istrumento fosse stato sterilizzato mercè bollitura in acqua, pure dopo due giorni si manifestò una cistite acuta.

L'urina fu raccolta più tardi con le solite cautele. L'urina era di colorito giallo rossastro, appena torbida, di odore nauseante, di reazione acida, con il riposo si chiarificava completamente, formando un lieve deposito al fondo del recipiente, densità 1020, vi si constatava tracce di albumina e di muco pus. All'esame microscopico si notavano numerosi cristalli di fosfato ammonico-magnesiaco, e di urato di sodio, qualche corpuscolo di pus e scarsissimi corpuscoli rossi, numerose cellule epiteliali. All'esame batterioscopico rilevai numerosi cocchi, alcuni disposti isolatamente altri a coppia, ed altri ad ammassi, essi si coloravano bene con i comuni colori di anilina; all'esame

culturale potetti assodare trattarsi dello *pneumococco di Fraenkel* e dello *staphyloccus pyogenes albus;* infatti il primo inoculato alle cavie le uccideva per setticemia, e nel sangue degli animali si rinvenivano gli stessi microrganismi, il secondo inoculato nel connettivo sottocutaneo degli stessi animali determinava solo dei fatti suppurativi locali.

Osservazione 4.ª — A. D. uomo di 47 anni in seguito a introduzione nello stomaco di una grande quantità di acqua minerale, fu pigliato da spasmo vescicale per cui non potè emettere le urine neppure dopo applicazioni di caldo umido sul pube nè di semicupi caldi, allora da un chirurgo poco pratico dell'antisepsi fu introdotto un catetere in vescica e svuotata di 2 litri e $^1/_2$ di urina. Dopo 3 giorni l'infermo fu pigliato da dolori vescicali brividi e la temperatura arrivò a 38.5 C. In questo stato trovai l'infermo. Osservate le urine sospettai trattarsi di un catarro acuto venuto in seguito alla irritazione prodotta dal ristagno di sì grande quantità di urina e per la forte distensione delle pareti dell'organo, le quali cose avevano preparato il terreno per accogliere quei microrganismi, che erano stati trasportati dal chirurgo mediante il suo catetere.

Raccolsi le urine con tutte le solite cautele. Le urine erano di color giallo chiaro, torbide, con sedimento biancastro, reazione appena acida, col riposo divenivano completamente chiare, densità 1018; esse contenevano tracce di albumina e di muco. Al microscopio constatai un discreto numero di granuli di pus, molti leucociti in via di disfacimento, altri ancora riconoscibili, qualche corpuscolo rosso, parecchie cellule epiteliali pavimentose e numerosi cristalli polimorfi. All'esame batterioscopico constatai la presenza di numerosissimi bastoncini di diverso aspetto, alcuni di forma tozza, altri più sottili ed altri a forma di grossi cocchi, tutti si coloravano con i soliti colori di anilina, però il metodo di Gram riusciva sempre negativo; coll'esame culturale potetti assodare trattarsi di due varietà di bacilli: il *coli commune* ed il *proteus vulgaris;* le culture pure di questi microrganismi si mostrarono poco virulenti, tanto che per produrre la morte in 2 cavie dovetti inoculare nel cavo peritoneale di ognuna 3 c.c. di cultura. Anche per l'uomo la malattia fu di breve durata, e cedette al semplice lavaggio borico, e all'amministrazione interna di 2 gr. al giorno di salolo.

Osservazione 5.ª — G. P. di anni 64 in seguito a blenorragia si manifestò ritenzione di urina. L'infermo era di ottima salute; si notava ipertrofia prostatica, e le urine non erano emesse mai spontaneamente, sicchè bisognava applicare 4 o 5 volte al giorno il catetere. Quantunque si fossero usate tutte le cautele asettiche, pure si determinò un lieve catarro vescicale. Le urine raccolte nel modo solito erano completamente chiare, di un colore giallo limone, lasciate in riposo si formava nel fondo del recipiente un lieve deposito biancastro, odore sui generis, e di reazione acida, densità 1018. Non si riscontravano che minimissime tracce di albumina e di muco. All'esame microscopico constatai: numerose cellule epiteliali pavimentose ed altre di diversa forma, parecchi cristalli polimorfi. All'esame batterioscopico rilevai numerosi cocchi e bacilli; i cocchi alcune volte si mostravano aggruppati, altre volte a coppie; i bacilli erano sottili, qualche volta isolati, spesso formavano degli ammassi, e qualche volta delle vere catene di diversa lunghezza. All'esame culturale potetti assodare trattarsi di *gonococchi blenorragici* e del *bacterium coli commune*, la loro virulenza era poco ac-

centuata, poichè le culture pure del *bacterium coli* non riuscivano ad ammazzare una cavia se inoculate nelle proporzioni di 3 c.c. nel cavo peritoneale.

Usando maggiore cautele antisettiche ed il semplice lavaggio con resorcina l'infermo guarì in pochi giorni dal catarro vescicale.

OSSERVAZIONE 6.ª. — A. C. di 65 anni di ottimo stato generale, solo da 2 anni avvertiva una molestia e difficoltà nell'emettere le urine, tale infermità è andata crescendo, e finalmente è stato preso da ritenzione di urina. All'esplorazione con la sonda si notava un'ipertrofia prostatica molto considerevole.

Le urine raccolte nel modo già detto si presentavano torbide, di un colore bianco sporco, fetide e cariche di flocchi mucosi, fatte depositare non solo restavano torbide, ma si aveva un deposito assai considerevole di una sostanza biancastra filante, assai densa, attaccaticcia alle pareti del recipiente, di reazione alcalina, densità 1015, ricca quantità di albumina (2.5 $^0/_{00}$ ESBACH). All'esame microscopico constatai una grande quantità di globuli di pus, molti leucociti disfatti, e qualcuno ancora in stato sano, un discreto numero di corpuscoli rossi, numerose cellule polimorfi epiteliali vescicali, qualche cilindro renale, e numerosi cristalli polimorfi. All'esame batterioscopico constatai la presenza di numerosi cocchi, isolati, alcune volte raggruppati, e bacilli sottili, alcune volte a forma di cocchi; studiando più minutamente questi microrganismi potetti identificarli per il *bacterium coli commune* e lo *staphylococcus pyogenes albus;* le culture pure di questi microrganismi erano dotate di un intenso potere patogeno, tanto che i cocchi inoculati nel cavo peritoneale di una cavia, nelle proporzioni di 0.50 c.c. la uccidevano in 36 ore per peritonite purulenta; le culture pure di *bacterium coli* avevano un minor grado di virulenza, poichè era necessario inoculare 1 c.c. di cultura pura nel cavo peritoneale di una cavia per arrivare ad ucciderla.

OSSERVAZIONE 7.ª. — P. D. di anni 75 aveva avuto sempre buona salute però attualmente era molto depauperato nel suo stato generale, era affetto da calcolo vescicale, e per le sue condizioni pecuniarie voleva essere ricoverato in qualche ospedale della città. Mi fu dato raccogliere una sola volta le sue urine.

L'urina era scarsa, fortemente torbida, di color giallo paglia, di odore nauseante, di reazione fortemente alcalina, fatta depositare lasciava al fondo del recipiente un deposito grigiastro denso, e la parte superiore dell'urina non si chiarificava, la densità era 1020. Vi si rinveniva grande quantità di albumina (2.50 $^0/_{00}$ ESBACH), tracce di ammoniaca.

All'esame microscopico notai: grande numero di granuli di pus, molti leucociti, parecchi corpuscoli rossi, molte cellule epiteliali vescicali, delle quali parecchie erano deformate, altre poligonali, ovali, puriforme, ecc., parecchi cristalli polimorfi. All'esame batterioscopico constatai la presenza di numerosi bacilli, corti, di forma tozza, alcune volte apparivano come dei grossi cocchi, alcune volte erano isolati, altre volte ammassati. All'esame culturale notai trattarsi del *proteus vulgaris* che si trovava assolutamente in cultura pura. L'inoculazione delle sue culture nel peritoneo delle cavie, nelle proporzioni di 1 c.c. le uccidevano in 12 ore, invece inoculate nella stessa località nella proporzione di 0.25 c.c. l'animale moriva in un lasso di tempo, che variava da 36 a 48 ore, sino a 4 giorni

OSSERVAZIONE 8.ª. — A. P. di anni 64 di debole costituzione organica

neuropatico con contrazioni coreiforme fin dalla nascita, non aveva però sofferto alcuna malattia, era ammogliato ed aveva procreato 16 figli; si era esposto sempre a cause reumatizzanti, e dimorava in una casa umida. Tre mesi prima della sua morte fu colto da febbre, forti dolori lombari, ed edema della faccia, che a poco a poco si diffuse per tutto il corpo (in una al Professor Guarini fu fatta diagnosi di nefrite) durante la malattia fu pigliato da ritenzione di urina per cui fui costretto applicare il catetere diverse volte al giorno.

Le urine raccolte con tutte le cautele su esposte erano limpide, di colore giallastro, di odore sui generis, appena intorbidate, la densità era 1022, la reazione acida; tracce di albumina, e di muco pus. All'esame microscopico constatai qualche granulo di pus, parecchi leucociti, dei quali molti conservavano il loro aspetto normale; molte cellule vescicali e cilindri renali, parecchi cristalli polimorfi. All'esame batterioscopico notai: numerosi bacilli, sottili, alcuni isolati, altri a catena, e in qualche punto del preparato si vedevano ammassati, questi bacilli si coloravano bene con i comuni colori di anilina, però la colorazione con il metodo di Gram riusciva decisamente negativa. Compiuto delle altre ricerche culturali, dai caratteri intrinseci di questo microrganismo, mi convinsi che si trattava di una cultura pura di *bacterium coli*. Le sue culture pure riuscivano poco virulenti per i comuni animali da laboratorio; infatti inoculato 1 c.c. nel cavo peritoneale di una cavia, questa sopravvisse, e per produrre la morte di questi animali fu necessaria una inoculazione di 4 c.c. nel cavo peritoneale.

Osservazione 9.ª. — M. L. giovanetta di 18 anni, nubile, di buona costituzione, si contagiò di tifo. Durante l'ultimo periodo della malattia fu pigliata da dolori al pube, i quali si accentuavano nel momento della minzione e dopo; palpando la vescica l'inferma avvertiva forte dolore, l'urina veniva fuori di un colore torbido, e di odore nauseante; questi fatti andarono aumentando, ed al 4.ª giorno si verificò ritenzione completa, per cui dovetti praticare il cateterismo, che riuscì dolorosissimo.

L'urina raccolta con tutte le precauzioni asettiche era di un colore giallo rossastro, assai torbida, odore nauseante, reazione neutra, densità 1016; lasciata depositare l'urina si formava un deposito puriforme, alquanto considerevole, senza mai chiarificarsi; si notava albumina, (0.50 $^0/_{00}$ Esbach) pus, e presenza di sangue. All'esame microscopico si notava: abbondante numero di leucociti, e globuli di sangue, parecchi granuli di pus; numerose cellule epiteliali polimorfe vescicale, qualche cellula cubica, qualcuna rotonda, forse dell'epitelio renale, assenza di cilindri. L'analisi batterioscopica mi fece osservare un gran numero di bacilli, sottili, raggruppati in vario modo, e qualcuno isolato; all'esame culturale e con altri mezzi d'investigazioni batteriologiche a tutti noti, potetti assodare trattarsi del *bacillus typhi addominalis*, il quale si trovava in cultura pura.

L'esame fu ripetuto parecchie volte, ed il risultato fu sempre identico, solo che a misura che l'inferma migliorava nello stato generale, le condizioni della vescica procedevano di pari passo, ed i bacilli nelle urine divenivano più scarsi fino a scomparire del tutto. Dapprima le culture pure di questi microrganismi erano dotate d'un alto potere di virulenza, tanto che appena 0.25 c.c. di cultura, inoculati nel cavo peritoneale di una cavia la uccidevano in poche ore, a misura che il numero dei microrganismi diminuiva la virulenza decresceva egualmente.

Osservazione 10.ª — A. M. di anni 42 di buona costituzione, era affetto da catarro intestinale cronico con coprostasi ostinata, faceva grande uso di purganti e si serviva pure di clisteri di glicerina in forti dose, per cui fu pigliato da intensa proctite, in seguito della quale si manifestò un catarro vescicale.

Raccolsi le urine con le solite regole; esse erano di un colore giallo biancastro, torbide, odore nauseante, non molto pronunziato, reazione neutra, densità 1015, lasciate depositare si aveva un sedimento bianco sporco, attaccaticcio al recipiente; vi si rinveniva una discreta quantità di albumina, e di muco pus. All'esame microscopico notai: molti leucociti e granuli di pus, parecchie cellule epiteliali pavimentose vescicale, e numerosi cristalli polimorfi. All'esame batterioscopico osservai numerosi bacilli sottili, alcuni isolati, altri raggruppati, colorabili bene con i colori di anilina, negativa riuscì la colorazione con il metodo di Gram. Con ulteriori ricerche batteriologiche potetti assodare trattarsi del *bacterium coli commune*. Le culture pure di questi microbi erano dotate di un discreto potere di virulenza; infatti inoculate nelle proporzioni di 2 c.c. nel cavo peritoneale di una cavia essa morì in 2 a 3 giorni.

Osservazione 11.ª — G. T. di anni 50, stato generale non molto lodevole, 2 anni prima era stato operato in un Ospedale della città di calcolo vescicale col metodo perineale ed era perfettamente guarito. Quando fu da me osservato avvertiva dolori alla vescica, le urine erano scarse e torbide ed era costretto ad emetterle spesso nel corso del giorno; più tardi si determinò incontinenza assoluta.

Raccolte le urine col solito metodo da me preferito, esse erano di un colore giallo paglia, assai torbide, e lasciate depositare formavano un deposito grigiastro assai spesso, e non si chiarificavano mai sufficientemente, l'odore era sgradevole, la reazione alcalina, la densità 1014, contenevano discreta quantità di albumina (0.50 °/₀₀ Esbach) e di pus, assenza di sangue. All'esame microscopico del deposito constatai: molti granuli di pus, molti leucociti e cellule epiteliali vescicali di diversa forma. All'esame batterioscopico notai numerosi cocchi, alcuni disposti isolatamente ed altri riuniti in lunghe catene, non che bacilli corti sottili, egualmente disposti in catene; con altri metodi di ricerca potetti precisare la loro natura, cioè si trattava dello *streptococcus pyogenes* e del *bacterium coli commune;* le culture puro di questi microrganismi erano dotate di un alto potere di virulenza, infatti inoculate nel cavo peritoneale di una cavia nelle proporzioni di 1 c.c. uccidevano gli animali in un lasso di tempo, che variava da 24 a 48 ore, per quelle inoculate con lo *streptococcus pyogenes;* e da 2 a 3 giorni per quelle inoculate con il *bacterium coli commune.*

Osservazione 12.ª — C. B. di 34 anni, maritata, di costituzione anemica, affetta da 2 anni da endometrite con secrezione purulenta dalla vagina, forte dolori uterini che si accentuano maggiormente nel periodo della mestruazione, con abbondante perdita di sangue. Le urine raccolte sterilmente sono di color giallo chiaro, fetide, lasciate in riposo non si chiarificano mai completamente, e formano un deposito grigiastro consistente, di reazione lievemente acida, di densità 1016, contengono tracce di albumina. All'esame microscopico notai: una certa quantità di granuli di pus, molti leucociti in via di disfacimento, ed altri in stato normale, non che numerosi cristalli

polimorfi e cellule epiteliali della vescica. All'esame batterioscopico notai un gran numero di cocchi, alcuni isolati altri disposti ad ammassi, colorabili con i soliti colori di anilina. All'esame culturale, e mercè le solite osservazioni batteriologiche potetti identificarli per lo *staphylococcus pyogenes albus*. Le culture pure di questi microrganismi erano dotate di un alto potere di virulenza, infatti bastava inoculare poche goccie di cultura nel cavo peritoneale di una cavia per determinarne la morte per peritonite settica in poche ore.

Osservazione 13.ª — A. S. di anni 16, nubile; stato generale non molto lodevole, non ha mai sofferto alcuna malattia, fortemente nervosa. Da 2 anni è affetta da isterismo, e fra gli altri fenomeni morbosi di tratto in tratto è presa da accessi di ritenzione urinaria della durata di 8 a 10 giorni, per cui è costretta applicare lei stessa un catetere elastico per svuotare la vescica. Allorchè fu osservata da me, si trovava in uno di questi periodi, soffriva ancora forti dolori al pube e le urine venivano fuori torbide e di cattivo odore.

Raccolsi le urine con le solite cautele: esse erano di un colorito giallo paglia, molto chiaro, torbidissime, e di odore assai nauseante, lasciate depositare, in fondo al recipiente si formava un deposito molto considerevole e assai denso, e capovolgendo il vaso questo deposito restava in parte attaccato alle pareti, e poi cadeva in massa; il suo peso specifico era 1030, la sua reazione fortemente alcalina; vi era grande quantità di albumina (4 ‰ Esbach) non che muco pus in abbondanza, ed ammoniaca. All'esame microscopico rilevai grande abbondanza di granuli di pus, innumerevoli leucociti disfatti ed altri in via di disfacimento, cristalli polimorfi, e numerose cellule epiteliali pavimentose, altre cellule rotonde e qualche cilindro renale. All'esame batterioscopico si notava la presenza di cocchi disposti in grossi ammassi ed altri isolati, non che numerosi bacilli tozzi, corti di diversa forma, alcuni più allungati ed altri che avevano proprio l'aspetto di grossi cocchi. Tanto i cocchi che i bacilli si coloravano bene con i comuni colori di anilina, e per gli uni la colorazione con il metodo di Gram riusciva positiva, negativa per i bacilli. All'esame culturale e mercè le altre investigazioni batteriologiche, potetti constatare trattarsi dello *staphylococcus pyogenes aureus e del bacillus proteus vulgaris*. Le culture pure di questi microbi erano dotate di un fortissimo potere di virulenza, specialmente le colture di *staphylococcus aureus* erano di tale virulenza che bastava qualche goccia inoculata nel cavo peritoneale di una cavia, per ucciderla in 12 ore; delle culture di *proteus* bastavano 0.25 c.c. inoculati agli stessi animali nel cavo peritoneale per determinarne in 48 ore la morte.

Osservazione 14.ª — V. P. di anni 35 di ottima costituzione organica, da 6 mesi era affetto da blenorragia, la quale era diminuita, lo scolo uretrale era muco purulento; egli era preso da urgente bisogno di emettere le urine, le quali gli riuscivano fortemente dolorose, le urine venivano fuori in piccola quantità ed a gocce mercè forti sforzi, erano torbide di cattivo odore e sanguinolente.

Le urine furono da me raccolte nel modo solito. Esse erano di colore giallo rossastro, con filamenti e fiocchi biancastri, e con qualche grumo rosso sangue torbide, col riposo esse divenivano completamente chiare e lasciavano al fondo del recipiente un deposito puriforme, abbastanza spesso, l'odore era

nauseante, la reazione lievemente acida, il peso specifico 1024; contenevano albumina e sangue. All'esame microscopico constatai granuli di pus, numerosi leucociti e globuli di sangue, non che molti cristalli polimorfi e numerose cellule epiteliali vescicali. All'esame batterioscopico constatai parecchi cocchi riuniti a gruppi, ovvero a coppie, i quali si coloravano bene con il bleu di metile, ed eosina, si scoloravano completamente con il metodo di Gram. Coltivati sui comuni terreni di cultura (gelatina agar) non si ebbe alcuno sviluppo. Da tutti questi caratteri conclusi trattarsi del *gonococco di* Neisser. L'esame delle urine fu ripetuto parecchie volte, ma il risultato fu sempre lo stesso.

Osservazione 15.ª — O. G. giovane di 17 anni in condizioni generali poco lodevoli ha già sofferto 5 anni prima di reumatismo articolare diffuso acuto, all'età di 13 anni si contagiò di blenorragia che passò allo stato cronico, però egli a poco a poco notò che l'urinazione diveniva debole, e le urine torbide; un medico constatò un restringimento e gli consigliò l'introduzione di candelette, che da sè stesso praticava ogni giorno. L'infermo cominciò ad avvertire dolori alla vescica e le urine divenivano sempre più torbide e di odore assai sgradevole.

Raccolsi le urine asetticamente. Esse erano di colore giallo chiaro, con odore fortemente ammoniacale, fatte depositare non divenivano mai limpide, e si formava un deposito bianco sporco assai spesso, la reazione era fortemente alcalina, la densità 1020, la quantità di albumina anche era notevole (3 $^0/_{00}$ Esbach), vi era ammoniaca. All'esame microscopico si notava un gran numero di granuli di pus, spesso sotto forma di ammassi, numerose cellule epiteliali, grandi, nucleari, rotonde, ed altre fusiforme; non che cilindri renali, molti leucociti disfatti ed altri in via di disfacimento, qualcuno ancora in stato sano, parecchi globuli sanguigni, e numerosi cristalli polimorfi. All'esame batterioscopico si notava un gran numero di cocchi, alcuni isolati, altri aggruppati da formare un vero ammasso considerevole, essi si coloravano bene con i soliti colori di anilina, non che con il metodo di Gram. All'esame culturale potetti constatare trattarsi dello *staphylococcus pyogenes aureus*. Le culture pure di questo microrganismo erano dotate di considerevole potere patogeno. Inoculato 1 c.c. di questa cultura nel peritoneo di una cavia, questa morì in 24 ore di peritonite purulenta.

Osservazione 16.ª — E. V. uomo di 27 anni in seguito ad uno sforzo di andare per diverse ore in bicicletta si sviluppò una funiculite con febbre molto elevata 40.5 C. e dopo qualche giorno il dolore all'inguine si diffuse anche al pube, si manifestò ancora uno stimolo di urinare, ma l'urina usciva a getto limitato e poi a goccie ed era torbida, finalmente per qualche giorno ebbe ritenzione completa di urina, quantunque la vescica fosse piena di urina, e notevolmente distesa.

Raccolte come al solito le urine, con ogni cautela antisettica, queste erano d'un colorito giallo chiaro con qualche fiocco biancastro, l'odore poco sgradevole, fatta depositare lasciava vedere un lieve deposito biancastro al fondo del recipiente, e tutto il resto era limpido, la reazione era acida, la densità 1018, si notavano tracce di albumina. All'esame microscopico rinvenni qualche granulo di pus, e parecchi leucociti, non che qualche raro globulo di sangue, parecchie cellule epiteliali pavimentose vescicali, e molti cristalli polimorfi. All'esame batterioscopico osservai cocchi disposti isolata-

mente, ed alcune volte a catena, delle quali alcune lunghe ed altre brevi; in qualche punto questi cocchi si mostravano aggruppati; si coloravano bene con i soliti colori di anilina. All'esame culturale potetti assodare trattarsi dello *streptococcus pyogenes*. Le culture pure di questo microrganismo erano dotate di un tenue potere patogeno, infatti inoculate nel cavo peritoneale di una cavia nelle proporzioni di 1-2-3 c.c. riuscivano senza effetti solo alla dose di 4 c.c. producevano la morte dell'animale in 4 giorni; tale virulenza rapidamente andò perduta, e la cultura rimase completamente inoffensiva.

OSSERVAZIONE 17.ª — G. T. uomo di 69 anni. L'infermo ha sempre goduto ottima salute, solamente 40 anni prima ha sofferto di blenorragia dalla quale guarì completamente. Però 2 anni or sono cominciò ad avvertire una difficoltà nell'urinazione, e da 1 mese soffre di ritenzione completa, per la quale fu dietro consiglio di un medico costretto ad applicarsi diverse volte al giorno un catetere elastico. Allorchè fu da me osservato soffriva di forti dolori all'ipogastrio, ed uno stimolo continuo ad emettere le urine, le quali erano torbide, e di odore nauseante. La prostata era notevolmente aumentata di volume.

L'urina fu raccolta con le solite regole batteriologiche. Essa era giallo brunastra, torbida, le ultime porzioni emesse erano di aspetto assolutamente puriforme, dense; di odore completamente ammoniacale, di reazione decisamente alcalina, la densità 1030. Lasciata riposare in un bicchiere forma un deposito spesso, consistente, di colore grigiastro, che riempiva a metà il bicchiere, il liquido sovrastante restava torbido, conteneva albumina (4.5 % Esbach), la reazione dell'ammoniaca era positiva. All'esame microscopico constatai numerosi granuli di pus, non che molti leucociti in via di disfacimento, qualche raro globulo rosso, parecchie cellule epiteliali pavimentose, e numerosi cristalli ammonico-magnesiaco, di urato d'ammonio, e cristalli amorfi di carbonato di calce. All'esame batterioscopico notai numerosi bacilli sottili mobili alcune volte isolati, spesso aggruppati ad ammassi, e qualche volta a catena. Si coloravano bene con i comuni colori di anilina, e si scoloravano con il metodo di Gram. Si notavano ancora numerosi cocchi disposti a grappolo ed altre volte ad ammassi, qualcuno si mostrava isolato, si coloravano bene con i comuni colori di anilina, e positiva riusciva la colorazione con il metodo di Gram. Mercè l'esame culturale potetti assodare trattarsi del *bacterium proteus vulgaris* e dello *staphylococcus pyogenes albus*. Le culture pure di questi microrganismi inoculate nel cavo peritoneale di una cavia nelle proporzioni di 0.50 c.c. per lo *staphylococcus albus*, e 1 c.c. per il *proteus vulgaris* uccidevano gli animali di peritonite dopo 2 a 3 giorni.

L'urina filtrata inoculata nella vena femorale di un coniglio del peso di 870 gr. lo uccideva nelle proporzioni di 30 c.c. (elevato potere urotossico).

OSSERVAZIONE 18.ª — A. T. di anni 40. L'infermo era di costituzione debole, nella sua giovinezza è stato sempre malaticcio, ha sofferto parecchie infermità delle quali non sa precisare la natura, da 3 anni soffre di dolori lombari che venivano ad accessi ed alcune volte di tale intensità da assumere la forma di vere convulsioni, 20 giorni prima che si fosse presentato alla mia osservazione era stato pigliato dai soliti dolori e da ritenzione completa di urina, ed in seguito ad uno sforzo di urinare aveva emesso un calcolo dall'uretra, insieme ad urina torbida mista a sangue; da quel mo-

mento le urine erano restate torbide e di cattivo odore quantunque l'urinazione fosse normale.

L'urina fu da me raccolta con le solite cautele. Essa era di color giallo-biancastro contenente dei filamenti mucosi di odore sgradevole di reazione fortemente alcalina, peso specifico di 1020, tracce di albumina, fatta depositare si osservava al fondo del recipiente un deposito bianco-grigiastro e la parte superiore diveniva quasi completamente limpida. All'esame microscopico si notavano numerosi cristalli di fosfato triplo, qualche granulo di pus, e molti leucociti, parecchie cellule epiteliali vescicali. All'esame batterioscopico constatai la presenza di bastoncini piccoli, corti ordinati a due, accanto a questi si vedevano bastoncini lunghi, alcuni diritti, altri contorti; si coloravano bene con la soluzione di fuxina fenica o con quella di bleu di metile di Löffler; negativo riusciva il metodo di colorazione di Gram. Mediante le ricerche culturali fatte con i soliti mezzi batteriologici, potetti assodare trattarsi di cultura pura di *bacterium coli commune*. Le culture pure di questi microbi inoculati nelle proporzioni di 2 c.c. nel connettivo sottocutaneo e nel cavo peritoneale di 2 cavie notai in una formazione di ascesso al punto dell'innesto e nell'altra diarrea emorragica e fatti generali settici. Alla sezione notai forte iperemia di tutti gli organi; tutti i caratteri di una setticemia.

Osservazione 19.ª — A. U. d'anni 27, si contagiò di blenorragia, e dopo 1 mese e mezzo cominciò ad avvertire un senso di peso al perineo, il quale ben presto si convertì in vero dolore, che s'irradiava alle coscie ai lombi per cui erano impediti i movimenti; la minzione dapprima era frequente, però si compiva con dolore e sforzo, poi vera ritenzione completa, tenesmo rettale molto intenso, temperatura 38 a 40 C. Introducendo il catetere, questo arrivato alla porzione membranosa dell'uretra si arrestava, però con lieve pressione si superava tale ostacolo, inclinando il padiglione dell'istrumento si sentivano delle sporgenze, e bisognava abbassarlo fortemente per penetrare in vescica. Con l'esplorazione rettale si constatava un ingrossamento prostatico; ed anche dalla via del perineo si aveva l'impressione di una tumefazione. Dopo 9 giorni si ebbe fuoriuscita di pus dal retto, e le sofferenze dell'infermo migliorarono rapidamente. Questo esito confermò la mia diagnosi di ascesso prostatico.

Le urine raccolte con tutte le cautele antisettiche, prima della rottura dell'ascesso, erano d'un colorito giallo-grigiastro, torbide, di odore appena nauseante, di reazione acida, la densità 1020, lasciate depositare si formava al fondo del recipiente uno strato di sostanza puriforma giallo grigiastra, si notava albumina (0,50 $^{0}/_{00}$ Esbach). All'esame microscopico constatai parecchi granuli di pus, molti leucociti disfatti, altri in via di disfacimento, qualche corpuscolo rosso, parecchie cellule epiteliale vescicale, e numerosi cristalli amorfi, disposti in veri ammassi. All'esame batterioscopico constatai numerosi cocchi alcuni disposti a coppie, ovvero isolati, ed altri che formavano delle vere catene; Mi venne il sospetto che si trattasse di gonocchi, praticai la colorazione speciale con l'eosina e poi azzurro di metile ed i cocchi restarono colorati in azzurro. La colorazione con il metodo di Gram mi fece vedere delle lunghe catene di cocchi. L'esame colturale ed altre ricerche batteriologiche, mi dimostrarono trattarsi di *gonococchi specifici* di Neisser e dello *streptococcus pyogenes*. La inoculazione di culture pure di

streptococcus pyogenes nel cavo peritoneale di una cavia alle proporzioni di 1 c.c. uccisero la cavia dopo 48 ore di peritonite acuta.

L'esame dell'urina fu ripetuto dopo l'apertura spontanea dell'ascesso, e il risultato fu identico al precedente, però la ricchezza batterica era assai più spiccata, non che vi fu aumento di albumina e di pus.

Osservazione 20.ª — R. D. uomo di 58 anni, di buona salute, non ha sofferto mai malattie uro-genitali, un anno fa fu preso da dolori nel momento dell'urinazione, e da frequente voglia di urinare, tanto da essere costretto ad emettere le urine da 60 a 70 volte nel corso del giorno e della notte, i dolori sono andati aumentando, forte dolenzìa alla regione perineale, finalmente 3 giorni prima della mia osservazione fu pigliato da ritenzione di urine. Le urine che emetteva erano torbide e di cattivo odore. All'osservazione si notava la vescica fortemente distesa, e la prostata fortemente ingrossata.

L'urina fu raccolta con le solite precauzioni, essa era di colore giallo chiaro, lievemente torbida, di odore sgradevole, di reazione acida, lasciata depositare si formava un sedimento grigiastro assai denso, il suo peso specifico era 1014, conteneva tracce di albumina. All'esame microscopico notai una discreta quantità di granuli di pus, cellule epiteliali vescicali, qualche cellula piriforme e qualche altra poligonale, parecchi leucociti e numerosi cristalli in massimo numero amorfi. L'esame batterioscopico mi fece rilevare numerosi bacilli sottili, aggruppati, ovvero disposti a coppia, alcune volte formavano delle vene catene, ed altre volte apparivano isolati, si coloravano bene con i comuni colori di anilina, la colorazione con il metodo di Gram riuscì negativa. L'esame colturale mi fece assodare trattarsi di cultura pura di *bacterium coli commune*. L'inoculazione di coltura pura di questo microrganismo nel cavo peritoneale di una cavia nelle proporzioni di 3 c.c. riuscì inoffensiva per l'animale.

Osservazione 21.ª — E. F. giovane di 15 anni di buona salute si contagiò di tifo dal quale era quasi guarito, allorchè incominciò ad avvertire un dolore alla regione del pube, ed uno stimolo di emettere le urine, e nel momento di urinare questo stimolo aumentava, e avvertiva ancora un senso di bruciore per tutto il canale uretrale; più tardi lo stimolo aumentò e la urina veniva fuori lentamente in modo interrotto, assai torbida, e di cattivo odore.

L'urina fu da me raccolta con ogni precauzione e constatai che essa era di un colorito giallo biancastro con qualche fiocco puriforme, di odore lievemente sgradevole, di reazione acida, messa in un recipiente si formava in fondo al vaso un deposito bianco grigiastro poco spesso, la densità era 1018 conteneva tracce di albumina. All'esame microscopico notai pochi granuli di pus, parecchi leucociti disfatti non che parecchi in via di disfacimento, qualche globulo rosso, numerosi cristalli polimorfi disposti alcuni isolatamente altri ad ammassi, parecchie cellule epiteliali pavimentose ed altre di varia forma piriforme, rotonde, qualche cilindro renale. All'esame batterioscopico constatai numerosi bacilli sottili per lo più disposti a coppie, ovvero formavano degli ammassi; essi si coloravano bene con i soliti colori di anilina e si scoloravano completamente con il metodo di Gram. L'esame culturale fatto con diversi metodi mi rischiarò la diagnosi e potetti assodare trattarsi del *bacterium coli commune*. Le inoculazioni nel cavo peritoneale

di 1 c.c. di cultura pura di questo microbo, ad una cavia del peso di 400 grammi ne produsse la morte per infezione generale in 4 giorni.

OSSERVAZIONE 22.ª — D. de P. di 44 anni di ottima costituzione, aveva sofferto ripetute blenorragie e si era contagiato di sifilide. Soffrì 2 anni prima di febbre forse per 20 giorni, dopo di che s'incominciarono a manifestare disturbi nervosi, per cui finalmente divenne chiara la natura della malattia, cioè si trattava di paralisi progressiva. Mi fu affidato dal Professor De Ritis l'infermo 5 mesi prima della morte perchè affetto da spasmo vescicale per cui non poteva emettere le urine se non mediante il catetere. Quantunque avessi usato tutte le cautele antisettiche nel praticare tale operazione, pure le urine a poco a poco cominciarono a divenire torbide e di cattivo odore, e qualche volta erano addirittura puriformi.

Raccolsi queste urine per tre volte con tutte le precauzioni antisettiche, esse erano di un colore giallo carico, con qualche grumo o fiocco puriforme di cattivo odore, lasciato depositare formavasi in fondo al recipiente un lieve deposito biancastro, non molto denso, nè attaccaticcio, di reazione lievemente alcalina di densità 1020, vi si notarono tracce di albumina.

All'esame microscopico si rilevavano: scarsi granuli di pus, molti leucociti alcune volte globuli di sangue, numerosi cellule epiteliale vescicale, non che molti cristalli amorfi dispari ed ammassi.

All'esame batterioscopico rilevai numerosi cocchi disposti a gruppi, alcune volte formavano dei veri ammassi, altre volte a coppie e qualche volta solati, essi erano colorati bene con i soliti colori di anilina; la colorazione con il metodo di GRAM riusciva positiva. Le ricerche fatte con culture sui comuni terreni nutritivi, e le altre investigazioni batteriche mi fecero identificare questi cocchi con lo *staphylococcus pyogenes albus*. Le culture pure di questo microrganismo erano dotate di un forte potere patogeno, infatti 0.25 c.c. di coltura inoculata nel connettivo sottocutaneo di una cavia dava luogo a produzione di un ascesso, la stessa quantità, inoculata nel cavo peritoneale di un animale simile, lo uccideva in 48 ore per peritonite suppurativa.

OSSERVAZIONE 23.ª — E. Z. uomo di 46 anni di buona costituzione, 5 anni prima si era contagiato di blenorragia, da 3 anni si erano manifestati sintomi di restringimento uretrale, per cui gli era stata fatta l'uretrotomia interna, e consigliato in secondo tempo il passaggio di qualche sonda, cosa che l'infermo aveva fatto esattamente, però mal curantè della asepsi si era manifestata una cistite per cui l'urina era divenuta non solo torbida, ma addirittura puriforme, di odore di putrefazione, l'infermo avvertiva dolori al pube, e l'urina veniva fuori a goccie con forte dolore, specie dopo ogni minzione, per cui l'infermo tratteneva molto tempo l'urina in vescica, da ciò l'aumento dei sintomi della cistite.

Raccolsi l'urina con ogni cautela e notai che essa era torbida di odore di putrefazione, di reazione alcalina, la densità era 1016, con il riposo si formava un sedimento assai considerevole, conteneva albumina (3 °/$_{00}$ ESBACH) e pus, la reazione dell'ammoniaca riusciva positiva. All'esame microscopico notai: granuli di pus e leucociti disfatti, numerose cellule epiteliali pavimentose, non che molti cristalli amorfi. Allo esame batterioscopico rilevai parecchi bacilli sottili disposti ora ad ammassi ora isolati, ed alle volte appaiati, spesso formavano delle vere catene più o meno lunghe, si coloravano

bene con i soliti colori di anilina, la colorazione con il metodo di GRAM riusciva negativo L'esame colturale mi fece vedere trattarsi del *bacterium coli commune*, L'inoculazione di 2 c.c. di cultura pura di questo microbo nel cavo peritoneale di una cavia produsse la morte dell'animale per setticemia in 3 o 4 giorni.

OSSERVAZIONE 24.ª — G. G. uomo di 67 anni di buona costituzione, non ha sofferto alcuna malattia degli organi genito-urinari, bruscamente fu pigliato da brividi e febbre intensa, la quale durò 4 giorni, dopo della quale cominciò ad avvertire dolori all'epigastrio, e voglia continua ed impetuosa di emettere urine, la minzione divenne frequente, e dolori lungo il decorso dell'uretra, l'urina era torbida e di cattivo odore.

L'urina fu da me raccolta con tutte le cautele antisettiche essa era di color giallo chiara, torbida, fetida, fatta depositare formava al fondo del recipiente un sedimento grigiastro abbastanza spesso, di reazione acida, la densità 1012 presenza di albumina (0.10 $^0|_{00}$ ESBACH). All'esame microscopico notai un numero piuttosto abbondante di granuli di pus, qualche raro globulo di sangue, numerosi leucociti, parecchie cellule epiteliali vescicali. Allo esame batterioscopico notai un gran numero di bacilli sottili, accoppiati ovvero disposti ad ammassi, facilmente colorabili con i soliti colori di anilina la colorazione con il metodo di GRAM era negativa. Le altre ricerche e quelle culturali mi fecero vedere trattarsi del *bacterium coli commune*, le inoculazioni di 2 c.c. di queste culture nel cavo peritoneale di una cavia uccidevano l'animale in 4 giorni per infezione generale. Mi venne il sospetto trattarsi di lesione tubercolare, però la ricerca dei bacilli specifici rimase senza effetto.

OSSERVAZIONE 25.ª — V. T. di anni 54, di buona costituzione, ha sofferto 10 anni fa sifilide e 6 anni or sono ebbe diabete; finalmente da 2 anni ha avuto dolori lombari, e dolori lancinanti alle mani, braccia, e una sensazione di dolori a cingolo al torace, più tardi comparve la mancanza di reazione pupillare allo stimolo luminoso (sintomo di ARGYLL-ROBERTSON), scomparsa dei riflessi patellari (sintomo di WESTPHALL). L'infermo andò sempre peggiorando fino ad arrivare rapidamente ad una paralisi completa degli arti inferiori. Si tratta di tabe dorsale (diagnosi fatta dal Prof. Bianchi, Professor Capozzi ed altri). Fra gli altri fenomeni verificatisi, la funzione della vescica urinaria era disturbata, dapprima la minzione era ritardata fino ad urinare ogni 24 ore, altre volte l'infermo avvertiva uno stimolo continuo di emettere le urine, le quali erano torbide e di cattivo odore.

Raccolsi le urine non nel modo solito poichè l'infermo si rifiutò alla applicazione del catetere. ma dopo di aver stsrilizzato il meato urinario invitavo l'infermo ad urinare e raccoglievo l'ultima porzione di urina. Le urine erano alcune volte di color giallo rossastro, altre volte giallo chiaro, però sempre torbide, di odore alquanto sgradevole, fatte depositare si formava in fondo al recipiente un deposito bianco-giallastro di aspetto denso e filante, di reazione acida, la densità era 1020, lieve traccia di albumina o muco-pus. All'esame microscopico notai: qualche scarso granulo di pus, parecchi leucociti, qualche rarissimo corpuscolo sanguigno, parecchie cellule epiteliali pavimentose molti cristalli di fosfato e carbonato di soda. All'esame batterioscopico notai numerosi cocchi alcuni disposti isolatamente, altri riuniti a catene ed altri formavano dei veri ammassi, si coloravano bene con

i comuni colori di anilina, e positiva riusciva la colorazione con il metodo di Gram. All'esame culturale e con gli altri soliti mezzi di ricerche batteriologiche potetti assodare trattarsi di due varietà di cocchi piogeni cioè lo *streptococcus pyogenes* e lo *staphylococcus pyogenes albus*. Le culture pure di questi due microrganismi, inoculate sulle proporzioni di 1 $^1/_2$ c.c. nel cavo peritoneale delle cavie le uccidevano di peritonite purulenta in 48 ore a 4 giorni.

Osservazione 26.ª — N. D. uomo di 65 anni, era stato sempre di buona salute, aveva sofferto nella sua gioventù due volte blenorragia, ed all'età di 43 anni si era contagiato di sifilide. Da qualche anno cominciò a soffrire di disturbi da parte dell'apparato urinario, cioè l'urinazione divenne alquanto difficoltosa e l'urina era scarsa, tanto che alcune volte emetteva urina ogni 24 ore; a poco a poco cominciò ad avvertire dolori al perineo, che si accentuavano nel momento dell'urinazione, tanto che l'urina veniva fuori a goccie torbida, di cattivo odore, e l'ultima porzione di urina era decisamente puriforme. All'osservazione fisica la vescica era alquanto dolorosa, però l'uretra non presentava alcuna alterazione, solo s'incontrava un ostacolo a livello della porzione prostatica, e la prostata era aumentata di volume.

Raccolsi le urine con le solite norme, esse erano: di colore bianco grigiastro, assai torbide, di odore nauseante, di reazione neutra, la densità era 1020; fatte depositare non si chiarivano, però al fondo del recipiente si formava un deposito alquanto spesso, grigiastro; contenevano albumina. All'esame microscopico vi si notava qualche granulo di pus, numerosi leucociti parecchie cellule epiteliali rotonde, poligonali, coniche e puriforme, e parecchi cristalli polimorfi, ed altri disposti ad ammassi. All'esame batterioscopico notai: dei bacilli sottili disposti isolatamente ed alcune volte accoppiati, ed altre volte riuniti ad ammassi; si coloravano bene con i comuni colori di anilina, però restavano scolorati con il metodo di Gram. Le ricerche colturali mi dimostrarono trattarsi del *bacterium coli commune*. Le culture pure di questo microrganismo inoculate nel cavo peritoneale di una cavia nella proporzione di 2 c.c. produssero la morte dell'animale per setticemia.

Osservazione 27.ª — F. F. di anni 34, di buona costituzione, aveva sofferto nella sua giovinezza ripetute blenorragie, della quale era guarito completamente. Due anni prima dell'attuale malattia, senza causa apprezzabile ed istantaneamente era stato pigliato da un continuo stimolo di urinare, però si avvide che il getto di urina non era della stessa forza come prima, e che riusciva alquanto doloroso, e doveva compiere dei sforzi abbastanza energici per emettere le ultime gocce di urina. Queste sofferenze andarono aumentando e fu costretto consultare un medico che diagnosticò restringimento uretrale e gli consigliò il passaggio quotidiano delle candelette graduate, operazione che finì col praticare lui stesso, però questi sintomi non diminuirono e l'urina divenne torbida e di cattivo odore. Osservato l'infermo constatai l'esistenza di restringimenti multipli dell'uretra con cistite.

Raccolsi l'urina con ogni precauzione asettica, ma era di un colore giallo-biancastro torbido, di cattivo odore, di reazione neutra, di densità 1020; fatta depositare non si rischiarava, e formavasi in fondo al recipiente un deposito denso di colore bianco sporco puriforme, vi si notavano tracce di albumina. All'esame microscopico osservai qualche granulo di pus, parecchi

leucociti, e parecchi corpuscoli di sangue, parecchie cellule epiteliali pavimentose vescicali, numerosi cristalli polimorfi. All' esame batterioscopico notai: parecchi bacilli sottili disposti ora isolati ed ora aggruppati, facilmente colorabili con i soliti colori di anilina, però si scoloravano completamente con il metodo di GRAM. Le ricerche culturali dimostrarono trattarsi del *bacterium coli commune.* Le colture pure di questo microrganismo inoculate nelle proporzioni di 2 c.c. nel cavo peritoneale di una cavia, questa moriva di setticemia dopo 3 a 4 giorni.

OSSERVAZIONE 28.ª — D. F. di anni 54 di ottima costituzione; 10 anni or sono si contagiò di sifilide, da 4 anni era sofferente alla vescica, per la quale malattia consultò il Prof. FRUSCI, il quale rinvenne calcolosi vescicale, e dallo stesso fu sottoposto all'operazione, dalle quale guarì completamente. Se non che 4 mesi fa fui chiamato per una lesione al testicolo ed al mascellare superiore, e dai caratteri clinici potetti assodare trattarsi di orchite di natura sifilitica e di periostite della stessa natura al mascellare superiore sottoposto ad una cura specifica si rimise. In questo tempo cominciarono nuovamente le sue sofferenze alla vescica, cioè forti dolori, desiderio di emettere le urine, le quali venivano fuori continuatamente a goccie e con forti dolori, ed il tenesmo vescicale era continuo, le urine eran torbide, alcune volte vera ematuria, e l'odore era completamente ammoniacale. Per questo fatto credetti mio dovere di far intervenire il Prof. FRUSCI col quale constatammo la presenza di un nuovo calcolo in vescica.

Raccolsi le urine non con le solite cautele, ma come per l' infermo V. T. (oss. 25.ª) e notai che esse non erano di un colorito giallo bancastro, torbide con filamenti ed ammassi puriformi, fatte depositare non divenivano per nulla chiare, ed il sedimento che si formava in fondo al bicchiere era notevole, di aspetto del pari puriforme, l'odore era nauseante decisamente di putrefazione, di reazione fortemente alcalina, contenevano albumina in grande abbondanza (5 $^0|_{00}$ ESBACH) non che pus ed ammoniaca. All' esame microscopico rilevai numerosi granuli di pus, alcune volte disposti come veri ammassi, parecchi leucociti disfatti, altri in via di disfacimento, molti globuli rossi, parecchie cellule epiteliali pavimentose ovoidali, puriformi; non che cilindri renali; cristalli polimorfi ed altri amorfi ammassati. All'esame batterioscopico innumerevoli bacilli corti, alcuni a forma di grossi cocchi, polimorfi, qualcuno isolato altri raggruppati, non che cocchi disposti in diverso modo isolati ovvero a grappolo, questi microrganismi si coloravano bene con i comuni colori di anilina, però i bacilli restavano scolorati con la colorazione secondo il metodo di GRAM, i cocchi al contrario si coloravano anche con questo metodo di colorazione. Le culture su piastre e gli altri mezzi di diagnosi batteriologica mi dimostrarono trattarsi del *bacterium proteus vulgaris* e dello *staphylococcus pyogenes albus.* Le inoculazioni nel cavo peritoneale delle cavie di cultura pure tanto dell'uno che dell' altro microrganismo nelle proporzioni di 1 c.c. riuscivano ad ammazzare gli animali di peritonite acuta in 36 a 48 ore.

Riassumendo i risultati delle mie osservazioni cliniche sucitate, sono stati i seguenti. All'esame batteriologico delle urine di 28 infermi di cistite per svariate cause, ho rinvenuto sempre dei microbi nelle urine, alcune volte una sola specie microbica, cioè una vera cultura pura, altre volte diverse specie associate. I microbi che più frequentemente ho rinvenuto sono stati:

bacterium coli commune 13 volte (9 volte in cultura pura) *staphylococcus pyogenes albus* 8 volte (2 volte in cultura pura) *bacillus proteus vulgaris* 6 volte (1 volta in cultura pura), *streptococcus pyogenes* 5 volte (2 volte in cultura pura), *gonococcus* 3 volte (1 volta in cultura pura), *staphylococcus pyogenes aureus* 2 volte (1 volta in cultura pura) *bacillus typhi abdominalis* 1 volta (in cultura pura), *diplococcus pneumoniæ* 1 volta; una varietà di *sarcina* 1 volta.

***

III. — Esperienze sugli Animali.

Le esperienze da me compiute sugli animali sono state abbastanza numerose, ne darò una minuta esposizione. Per comodità di descrizione le dividerò in serie: 1.° *Inoculazioni batteriche nella vescica.* 2.° *Inoculazioni di urina in vescica* 3.° *Inoculazione di sostanze che determinano delle alterazioni anatomiche della vescica.* 4.° *Condizioni fisiologiche speciali della vescica.* 5.° *Alterazioni del sistema nervoso in rapporto alla vescica.* Dai risultati di questi esperimenti vedremo quanta parte è da attribuirsi in riguardo alla produzione della cistite a ciascuno di questi fattori patogenetici.

I.ª Serie. — **Inoculazioni batteriche nella vescica.**

Esperienza. 1.ª — Una cultura batterica di *proteus vulgaris* mi fu data dall'amico Dottor Giuffrida, che a sua volta l'aveva isolata dalle acque cloacali di Napoli.

Di questa cultura ne inoculai 1 c.c. nel cavo peritoneale di una cavia di controllo del peso medio di 450 gr. e l'animale morì dopo 48 ore.

Il 20 giugno 1899 ad un coniglio, tutto bianco, del peso di 2000 gr. tempeperatura rettale 38.4 C.°, mediante una sonda elastica, completamente sterilizzata, svuotai la vescica e poi per la stessa sonda praticai dei lavaggi in vescica con acqua sterile; indi feci arrivare nella vescica 1 c.c. di cultura in brodo di questo proteus vulgaris diluito in 5 c.c. di acqua sterilizzata.

Il 21 giugno: temperatura rettale 38.5 C. Urina 50 gr. di colore bianco torbida, di reazione alcalina, densità 1010, contiene albumina (3 °/₀₀ Esbach), tracce di ammoniaca. All'esame microscopico notai: qualche raro granulo di pus, molti leucociti, parecchie cellule epiteliali vescicali, e numerosi cristalli. All'esame batterioscopico e culturale constatai la presenza di numerosi bacilli, che identificai per il *proteus vulgaris.*

Il 22 giugno: temperatura rettale dell'animale 38.6. Urina 80 c.c. di colore bianco giallastro, torbida, di reazione alcalina, fetida, densità 1010, contiene albumina (3 °/₀₀ Esbach), tracce di ammoniaca. Dall'esame microscopico ottenni lo stesso risultato del giorno precedente, solo i globuli di pus erano in numero assai più scarso. All'esame batteriologico constatai: la presenza in numero più scarso dello stesso *proteus vulgaris*, in cultura pura.

Il 23 giugno: temperatura dell'animale 38.2 C. Urina 200 c.c. di color bianco sporco, torbida, di reazione alcalina, peso specifico 1010, tracce di

albumina (0,25 °/oo Esbach). All'esame microscopico osservai: numerosi cristalli di fosfato, cloruri ed urati, non che numerose cellule rotonde epiteliali. All'esame batterioscopico e culturale constatai la presenza in scarsissimo numero degli stessi *proteus vulgaris* in cultura pura.

Il 24 giugno: temperatura dell'animale nel retto 38.4 C. Urina 60 c.c. di colore giallo-rossastro, torbida, di reazione alcalina, di peso specifico 1012, conteneva albumina (0.50 °/oo Esbach). All'esame microscopico constatai: numerosi cristalli di fosfato, qualche cellula epiteliale vescicale. All'esame batterioscopico e culturale rinvenni qualche raro bacillo *proteus vulgaris*.

Il 25 giugno: temperatura dell'animale 38.7 C. Urina 200 c.c., di colore giallo rossastro, torbida, reazione alcalina, densità 1010, albumina assente. All'esame microscopico le medesime note del giorno precedente. All' esame batterioscopico non rinvenni più i microrganismi inoculati.

Nello stesso giorno praticai, mediante una sonda elastica introdotta dall' uretra, con le medesime regole batteriologiche della prima volta, una inoculazione in vescica di 3 c.c. di cultura pura in brodo di *proteus vulgaris*.

Il 26 giugno: Temperatura rettale dell' animale 38.4 C. Urina 80 c.c. di colore bianco giallastra, torbida, di reazione alcalina, densita 1012, albumina in certa abbondanza (3.50 °/oo Esbach). All' esame microscopico constatai qualche globulo di pus, parecchi leucociti, e qualche corpuscolo rosso, parecchie cellule epiteliali vescicali, non che numerosi cristalli amorfi disposti ad ammassi. All' esame batterioscopico e culturale potetti rilevare la presenza del *bacterium proteus vulgaris*.

Il 27 giugno: temperatura 38.6 C. Urina 200 c.c. di color giallo, torbida, di reazione alcalina, densità 1010, albumina (1.50 °/oo Esbach). Allo esame microscopico constatai gli stessi principì del giorno precedente. Allo esame batteriologico i microrganismi si mostrarono più scarsi ma sempre in cultura pura.

Il 28 giugno: temperatura 38.5 C. Urina 160 c.c. di color giallastro, torbida, di reazione alcalina, densità 1012, albumina (0.50 °/oo Esbach). Lo esame microscopico fu identico al giorno precedente, solo che non osservai granuli di pus. Coll' esame batterioscopico e culturale assodai la presenza degli stessi microbi.

Il 29 giugno: temperatura rettale dell'animale 38.6. Urina c.c. 250 di colore giallo rossastro, torbida, di reazione alcalina, densità 1010, tracce di albumina. L'esame microscopico mi fece rilevare numerosi cristalli polimorfi, e parecchie cellule epiteliali pavimentose vescicali. Con l'esame batterioscopico e culturale assodai la presenza, però in scarso numero, di bacilli *proteus vulgaris*.

Il 30 giugno: temperatura rettale dell'animale 38.5 C. urina 200 c.c., i caratteri chimici, e l'esame batteriologico fu simile al giorno precedente, salvo che i microrganismi si trovavano in più scarso numero.

Il 1.° luglio: temperatura rettale 38,6 C. Urina 200 c.c. colore giallo rossastro, torbida, di reazione alcalina, densità 1012. All'esame microscopico rilevai la presenza di numerosi cristalli amorfi ammassati, parecchie cellule epiteliali vescicali.

L' animale venne ucciso ed asportata la vescica fu fissata una porzione nel liquido di Müller, ed un'altra porzione nella serie degli alcooli, indi dopo

i soliti passaggi fu inclusa in paraffina, e le sezioni furono colorate con i soliti colori di ematossilina od allume carminio, per lo studio istologico; e con la fuxina fenica per le sezioni da essere studiate dal punto di vista batteriologico. All' esame istologico constatai le seguenti alterazioni: Desquamazione diffusa dell'epitelio; infiltrazione parvicellulare estesa a tutta la mucosa, in alcuni punti più abbondante quasi a forma di noduli; notevole dilatazione vasale, non solo della mucosa, ma anche della muscolare. Lo esame batterioscopico riuscì negativo, non rinvenni nel tessuto vescicale alcun microrganismo.

Esperienza 2.ª — Una cultura di *bacterium coli commune* mi fu cortesemente data dallo stesso Dottor Giuffrida, il quale l' aveva isolato del pari dalle acque delle fogne di Napoli. Di questa cultura ne inoculai 1 c.c. nella cavità peritoneale di una cavia, ma riuscì senza affetto; mi convenne rinforzarne la virulenza con il passaggio sugli animali, e dopo ripetute prove ottenni il desiderato, cioè che 1 c.c. di cultura inoculato nel cavo peritoneale di una cavia la uccideva in 3 giorni.

Il 20 giugno 1899 ad un coniglio, dal pelo bianco e nero, maschio, del peso di 1900, gr. temperatura rettale 38.6 C. mediante una sonda elastica, completamente sterile praticai ripetuti lavaggi vescicali con acqua sterile, indi feci arrivare in vescica per la stessa sonda 1 c.c. di cultura pura di *bacterium coli commune* diluita in 5 c.c. di acqua sterilizzata.

Il 21 giugno: temperatura rettale dell' animale 38.4 C. Urina 500 c.c. di colore bianco sporco, torbida, reazione alcalina, densità 1012, presenza di albumina (3 °/₀₀ Esbach). All'esame microscopico notai: globuli di pus, molti leucociti disfatti, ed altri in via di disfacimento, qualche corpuscolo rosso, parecchie cellule epiteliali, vescicali, parecchi cristalli amorfi. All'esame batterioscopico constatai: numerosi bacilli, sottili, isolati, ovvero appaiati, o disposti a catene ed ammassi, alcuni avevano l'aspetto di cocchi, si coloravano bene con i comuni colori d'anilina, e si scoloravano con la colorazione secondo il metodo di Gram. L'esame culturale mi accertò trattarsi di *bacterium coli commune*.

Il 22 giugno: temperatura rettale dell'animale 38.4 C. Urina 250 c.c. di colore bianco sporco, torbido, di reazione alcalina, densità 1010, tracce di albumina. All'esame microscopico rilevai: numerosi leucociti alcuni normali altri disfatti od in via di disfacimento, qualche corpuscolo rosso, e qualche raro granulo di pus, parecchi cristalli di fosfati ed urati. All'esame batterioscopico e culturale assodai: la presenza degli stessi batterì però in numero più scarso.

Il 23 giugno: temperatura rettale dell' animale 38.7 C. Urina 280 c.c. di color giallo paglia, reazione alcalina, peso specifico 1010, albumina assente. All' esame microscopico notai: numerosi cristalli di fosfati ed urati, parecchi leucociti e numerose cellule epiteliali vescicali. All'esame batterioscopico e culturale notai: numerosi microrganismi di forma bacillare, che potetti identificare per il *bacterium coli commune* e per altre forme non patogene, delle quali non ne tenni alcun conto.

Il 24 giugno: temperatura rettale dell' animale 38.5 C. Urina 300 c.c. di colore giallo paglia, torbida, di reazione alcalina, densità 1012. All'esame microscopico constatai gli stessi elementi che nel giorno precedente. L'esame batterioscopico e culturale mi fece vedere gli stessi batterì che nell' esame precedente, però in numero assai più scarso.

Il 25 giugno: temperatura rettale dell' animale 38.6 C. Urina 280 c.c. di color giallo paglia, torbida, di reazione alcalina, densità 1014. All'esame microscopico ebbi lo stesso risultato del giorno precedente. L'esame batterioscopico e culturale riuscì negativo.

Nello stesso giorno mediante una sonda elastica, introdotta dall'uretra in vescica con le solite regole di asepsi, praticai una inocul zione di 4 c.c. di cultura pura in brodo di *bacterium coli commune*.

Il 26 giugno: temperatura rettale 38.5 C. Urina 160 gr. di color giallo paglia, torbida, di reazione alcalina, di peso specifico 1012, presenza di albumina (0.50 ‰ ESBACH). All'esame microscopico notai: numerosi leucociti disfatti, qualche raro corpuscolo rosso, parecchie cellule epiteliali vescicali numerosi cristalli amorfi. All'esame batterioscopico e culturale rinvenni gran numero di *bacterium coli commune*.

Il 27 giugno: temperatura dell'animale 38.2 C. Urina 225 c.c. di colore bianco sporco, torbida, reazione alcalina, peso specifico 1012, tracce di albumina (0.25 ‰ ESBACH). All' esame microscopico rinvenni: parecchi leucociti, e numerose cellule epiteliali vescicali, e cristalli di fosfato ed altri di urati. All'esame batterioscopico e culturale assodai la presenza di scarsi batterì, cioè *bacterium coli commune.*

Il 28 giugno: temperatura rettale dell' animale 38.6 C. Urina 270 c.c. di colore bianco giallastro, torbida, reazione alcalina, peso specifico 1010, albumina assente. L'esame microscopico fu identico a quello del giorno precedente. L'esame batterioscopico del tutto negativo.

Il 29 giugno: 30 giugno e 1 luglio l' esame delle urine fu completamente simile a quello del 28 giugno.

L' animale fu ucciso ed asportata la vescica fu trattata come nel caso precedente: cioè fissazione di una parte nel liquido di MÜLLER e poscia indurimento nella serie degli alcooli, impregnazione in trementina, inclusione in paraffina; un'altra porzione dell'organo fu fissata direttamente nella serie degli alcooli per studiarla più tardi batterioscopicamente.

Le sezioni colorate con l'ematossilina alluminata, ed altre con l'allume carminio lasciarono riconoscere: L'epitelio completamente conservato; lieve infiltrazione parvicellulare, e modica iperemia sovratutto nei piccoli vasi. Le sezioni colorate con fuxina fenica non lasciarono rintracciare la presenza del *bacterium coli commune* nella spessezza delle pareti della vescica.

ESPERIENZA 3.ª — Una cultura di *staphylococcus pyogenes albus* mi fu data dall'amico Dottor CASCINA, il quale a sua volta l'aveva avuto dallo Istituto d'Igiene di Napoli. Di questa cultura ne inoculai 0.50 c.c. nel cavo peritoneale di una cavia del peso di 350 gr. l' animale morì di peritonite settica dopo 48 ore.

Il 20 giugno: ad un coniglio, di pelo bianco, di peso 2700 gr. temperatura rettale 38.7 C. mediante una sonda elastica completamente sterile svuotai la vescica e praticai ripetuti lavaggi con acqua sterile, indi per la stessa sonda feci arrivare 2 c.c. di cultura pura di *staphylococcus pyogenes albus* diluita in 3 c.c. di acqua sterile.

Il 21 giugno: temperatura rettale dell' animale 39.8 C. Urina 25 c.c. di colore giallo rossastra, torbida, reazione alcalina, peso specifico 1014, albumina (2 ‰ ESBACH), presenza di muco pus. All'esame microscopico osservai: numerosi granuli di pus, parecchi leucociti disfatti ed altri in via

di disfacimento, numerosi corpuscoli rossi, cristalli di acido urico ed urati in grande abbondanza, non che altri cristalli amorfi ammassati, parecchie cellule epiteliali pavimentose vescicali, cellule rotonde e globuli di pus. All'esame batterioscopico e culturale osservai: numerosi cocchi, alcuni isolati, altri disposti ad ammassi, potetti identificarli per lo *stapylococcus pyogenes albus.*

Il 22 giugno: temperatura rettale dell'animale 39.9 C. Urina 20 cc. di colore rosso sangue, fortemente torbido, e lasciata depositare la parte superiore non si chiarificava mai, al fondo del recipiente si fermava un deposito molto notevole di colore rossastro, di reazione fortemente alcalina, albumina in grande abbondanza (4 °/₀₀ ESBACH), peso specifico 1014, traccia di ammoniaca. All'esame microscopico si notavano: parecchi corpuscoli di pus, e leucociti disfatti ed in via di disfacimento, grande numero di corpuscoli rossi, parecchie cellule epiteliali vescicali, anche cilindri renali e numerosi cristalli di fosfati. L'esame batterioscopico e culturale riuscì quasi negativo, scarsi cocchi, che potetti identificare per lo *staphylococcus pyogenes albus.*

Il 23 giugno l'animale era morto.

Asporta la vescica, che fu trattata allo stesso modo, cioè dei pezzi vennero fissati nel liquido di MÜLLER e poi il solito trattamento; altri nella serie degli alcooli.

Le sezioni che mi servivano a scopo istologico furono colorate colla ematossilina alluminata e con il carminio alluminato. In queste sezioni così colorate rilevai: una completa desquamazione dell'epitelio vescicale, essudato fibrinoso alla superficie della mucosa, forte infiltrazione parvicellulare tanto da costituire in alcuni punti una vera raccolta di pus; i vasi apparivano fortemente dilatati e sovraccarichi di sangue. L'infiltrazione parvicellulare era diffusa in tutte le tuniche; nella muscolare le fibre apparivano compresse ed in alcuni punti addirittura distrutte.

Dei pezzi fissati nella serie degli alcooli, le sezioni furono colorate con la fuxina fenica e con il metodo di GRAM, all'esame microscopico constatai la presenza dei cocchi diffusi in tutte le pareti dell'organo.

Per questi risultati così gravi avuti, e per la morte dell'animale verificatasi in modo così rapido, credetti opportuno ripetere l'esperimento.

ESPERIENZA 4.ª — Coniglio, tutto nero, del peso 2100 gr. temperatura rettale 38.3 C. Mediante una sonda completamente sterilizzata svuotai la vescica, e praticai ripetutamente il lavaggio dell'organo, indi per la stessa sonda introdussi 0.50 c.c. di cultura pura di *staphylococcus pyogenes albus* diluita in 5 c.c. di acqua sterile.

Il giorno dopo 27 giugno, la temperatura rettale dell'animale era 38 C. Urina emessa 80 c.c. di colore giallò rossastro, torbida, al fondo del recipiente si formava un denso sedimento, di reazione alcalina, peso specifico 1012, conteneva albumina (1.50 °/₀₀ ESBACH), tracce di pus, e di ammoniaca. All'esame microscopico notai: granuli di pus, parecchi leucociti, qualche globulo rosso, parecchie cellule epiteliali vescicali e numerosi cristalli polimorfi. All'esame batterioscopico e culturale constatai la presenza dello *staphylococcus pyogenes albus* in cultura pura.

Il 28 giugno: temperatura rettale dell'animale 38.7 C. Urina 120 c.c. di colore giallo roseo, torbida, di reazione alcalina, densità 1010, conteneva

albumina (0.75 $^{\circ}/_{00}$ ESBACH), tracce di pus. All'esame microscopico constatai: pochi granuli di pus, parecchi leucóciti, molte cellule epiteliali pavimentose vescicali, e numerosi cristalli di fosfato ed urati. All'esame batterioscopico e culturale, assodai la presenza dello stesso microbo inoculato, pero in più scarso numero.

Il 29 giugno: temperatura rettale dell'animale 38.4 C. Urina 260 c.c. di colore giallo chiaro, torbida, di reazione alcalina, densita 1012. All'esame microscopico constatai: parecchi leucociti, molte cellule epiteliali vescicali, parecchi cristalli di fosfati ed altri amorfi da formare dei veri ammassi. Lo esame batterioscopico e culturale riuscì negativo.

Nello stesso giorno praticai una inoculazione mediante la solita sonda sterilizzata, introdotta dall'uretra in vescica, con ogni cautela di manovra, per non produrre trauma, di una certa quantità di acqua sterile a scopo di lavaggio della vescica; per lo stessa via feci arrivare nella cavità vescicale 0.50 c.c. dalla stessa cultura di *staphylococcus pyogenes albus* diluita come al solito in 5 c.c. di acqua sterilizzata.

Il 30 giugno: temperatura rettale dell'animale 38.9 C. Urina 50 c.c. di colore giallo rossastro, torbida, fatta depositare non si chiarificava, ed al fondo del recipiente si formava uno spesso strato di sostanza grigio rossastra; di reazione alcalina, di densità 1014, albumina (1.50 $^{\circ}/_{00}$ ESBACH), traccie di ammoniaca e di muco-pus. All'esame microscopico constatai: granuli di pus, molti leucociti disfatti ed altri in via di disfacimento, parecchi corpuscoli rossi, numerose cellule epiteliali pavimentose vescicali, e cristalli polimorfi. All'esame batterioscopico e colturale constatai la presenza di numerosi cocchi, che potetti identificare per lo *staphylococcus pyogenes albus*.

Il 1.° luglio: temperatura rettale dell'animale 38.5 C. Urina 120 c.c. di color giallo paglia, torbida, reazione alcalina, densità 1012, tracce di albumina (0 25 $^{\circ}/_{00}$ ESBACH).

All'esame micrscopico constatai qualche leucocito disfatto ed altri in istato normale, numerose cellule epiteliali pavimentose vescicali, parecchi cristalli polimorfi. All'esame batterioscopico e culturale constatai gli stessi cocchi inoculati, però in scarso numero.

Il 2 luglio: temperatura rettale dell'animale 38.6 C. Urina 200 c.c. di color giallo paglia, torbida di reazione alcalina, densità 1012. All'esame microscopico constatai: qualche leucocito, parecchie cellule epiteliali pavimentose, e parecchi cristalli amorfi. All'esame batterioscopico e culturale constatai in scarsissimo numero lo *staphylococcus pyogenes albus*.

Il 3 luglio: temperatura rettale dell'animale 38.4 C. Urina 200 c.c. di color giallo torbida, reazione alcalina, densità 1010. All'esame microscopico constatai gli stessi elementi che nell'urina del giorno precedente. L'esame batterioscopico e culturale riuscì completamente negativo.

Il 4 luglio: temperatura rettale dell'animale 38.6 C. L'esame chimico microscopico e batteriologico dell'urina fu simile a quello del giorno precedente.

(*Continua*).

L' argomento del giorno

La Chirurgia gastrica ha sempre le sue vive attrazioni, e si comprendono facilmente. Ed è ben naturale che quanto più il chirurgo si dedica a questo studio e più ne veda le lacune ed i difetti e cerchi di colmarli e correggerli. Il Witzel e l'Hofmann in un lavoro sulla *gastroenterostomia esterna* studiano appunto i difetti che ha la gastroenterostomia, e principale quello delle alterazioni del circolo gastro-enterico per gomitature, per facilità di deflusso del contenuto gastrico nell'ansa afferente anzichè efferente, ed altri di simil genere. Ora essi hanno creduto (*Deutsche medicinische Wochenschrift*, N.° 19, 1900) di evitare tale inconveniente con un processo di gastroenterostomia esterna, che così descrivono:

« Si fa precedere la gastrostomia secondo il procedimento di Witzel, però l'incisione della cute dovendo concedere l'adito a tessuti profondi si fa anzichè breve e parallela al bordo costale, piuttosto estesa e mediana. Scoperto dunque lo stomaco ed attrattolo nella ferita, si applica su di esso un tubo di gomma (catetere Nélaton N.° 24 ma secondo altri autori quanto più è ristretto il lume del tubo tanto più è sicura la continenza) in direzione obliqua da destra verso sinistra e gli si sutura sopra raddoppiata in falde la parete gastrica. All'estremità superiore di questa duplicatura tubulare si apre la parete stessa, praticando un occhiello quanto più è possibile ristretto e vi si introduce il tubo per una lunghezza di circa 15 cm. molto superiore a quella cui si limita nella semplice gastrostomia.

A questo punto si passa a stabilire sulla faccia posteriore dello stomaco la comunicazione gastro-intestinale.

Si porta in alto il colon trasverso e l'epiploon gastro-colico, avvolti come al solito in pannolini caldi, si ricerca nella fossa duodeno-digiunale il principio del digiuno, lo si riconosce e lo si attrae nella ferita A circa 20 cm. dal punto predetto si pratica un'incisione a strati sull'intestino dal lato opposto all'inserzione meseraica e così si apparecchia il lume da anastomizzare con una conveniente apertura della parete posteriore dello stomaco, che si farà nel punto corrispondente al punto d'ingresso del tubo per la gastrostomia sulla parete anteriore. Allora si addossa il tratto d'intestino sulla parete gastrica per mezzo di sutura semicircolare siero-sierosa, si apre lo stomaco badando ad allacciare i piccoli vasi della parete, si fa la sutura muco-mucosa completa e si completa poi la siero-sierosa Intanto si spinge il tubo che attraversa in senso obliquo lo stomaco dall'avanti all'indietro nell'anastomosi predetta, avendo cura d'introdurlo per circa un dito nella branca efferente; si comprende che se dovesse succedere l'errore d'infilare il tubo nella branca afferente ne risulterebbe compromesso non soltanto l'esito dell'operazione ma ancora la vita stessa del malato.

Molto riguardo si richiede per la scelta dei punti di perforazione dello stomaco, per l'orientazione loro e per il modo d'introdurvi il tubo, ad evitare che questo subisca torsioni o compressioni esagerate, o vada sottoposto a formazioni di ripiegature angolari che ne ostruiscano il lume. Ancora è un buon precetto quello di fissare l'estremità interna del tubo all'intestino con un filo di catgut che lo si trapassa e che poi si riassorbe. Parimente attorno alla sierosa gastrica ove il tubo ne esce lo si fissa con catgut, che dopo qualche po' va del tutto riassorbito.

Il tubo infatti è destinato ad essere ritirato in capo ad un'epoca varia, ma che oscilla attorno ai tredici o quindici giorni, quando almeno da otto o dieci si era già incominciata la nutrizione per bocca.

L' A. riporta anche in breve le storie cliniche di sette casi da lui in tal guisa trattati; vi figurano un carcinoma della cistifellea con occlusione pilorica

secondaria, un tumore pilorico stenosante diagnosticato di natura cancerigna, ma che dopo l'intervento permise un aumento in peso troppo cospicuo perchè abbia potuto trattarsi di forma così grave, tre stenosi piloriche gravi ma benigne e due ulceri gastriche pure con stenosi.

Fra questi di Witzel lamenta due casi letali: uno si deve proprio all'intervento per gomitatura del tubo, e l' altro venne a morte per pneumonite bilaterale dopo dodici giorni. Questo caso all'autopsia ha permesso di constatare che in realtà il tubo dà subito una tale precisione alla direzione del materiale nutritivo che, in capo a pochi giorni, già subito si trova il tratto efferente in condizioni funzionali e quello afferente avvizzito, quasi impervio, come avviene sempre nell'economia di quelli organi o parti di organo cui non è più deputato un preciso obiettivo funzionale ».

Ora tutto questo mi pare buono tecnicamente, ma praticamente non accettabile: non si semplicizza, ma si complica così un manuale operativo.

*
* *

Importantissime sono alcune esperienze eseguite da Hallion e Carrion sulla *tensione osmotica dopo l'iniezione intra-venosa di soluzioni ipertoniche* e comunicate alla *Società di Biologia di Parigi* nella seduta del 2 Giugno. Essi dicono che quando si iniettano nel sangue delle soluzioni di Cloruro di Sodio ipertoniche, cioè il cui titolo è superiore a 0,9 per 100 si osserva una secrezione renale talmente abbondante che la quantità di orina eccede di gran lunga quella del liquido iniettato. Malgrado questo fenomeno che tenderebbe a diminuire la massa totale del sangue, questa però si trova aumentata in grandi proporzioni in grazia ad un potente richiamo di acqua che si produce molto rapidamente dai tessuti verso il sangue, e che si rivela con la diluzione di quest' ultimo dal punto di vista della sua potenza emoglobinica. Così si spiegherebbero, almeno in gran parte, l' aumento della pressione arteriosa e la soprattività circolatoria, che si manifesta in tutti gli organi sotto l'influenza delle iniezioni ipertoniche, fenomeni segnalati recentemente da Mayer e controllati da Hallion e Carrion. Per i due esperimentatori sarebbe evidente, che data la differenza ed anche l' opposizione degli effetti che producono le iniezioni intravascolari secondo che sono iper, iso o ipotoniche (effetti sulla pressione arteriosa, sul lavoro del cuore, sulle secrezioni, sul senso dei ricambi osmotici nell' economia, sulla temperatura, ecc.), che queste specie di iniezioni avranno ciascuna da servire ad indicazioni speciali nel dominio terapeutico.

A questo riguardo Lapicque ed Hallion ritengono che l'intensità della diuresi che accompagna le iniezioni intra-venose d'orina è in grande parte subordinata alla tensione osmotica del liquido iniettato: quando quest'ultima è elevata, l'animale perde anche dal rene più liquido di quello che non si introduce nelle vene durante il medesimo tempo. Chantemesse crede che si debba tenere calcolo delle reazioni vaso-motrici consecutive, e Bouchard invoca un controllo alle sue esperienze che concernono il processo di misurazione della tossicità dell'orina con le iniezioni intravenose di orina nel coniglio. A questo punto il quesito diventa maggiormente interessante, e dei resultati che si otteranno ne darò conto in avvenire.

*
* *

In questi ultimi tempi si è studiata l'*azione della tiroidina nella consolidazione delle fratture*, e fra i ricercatori vanno annoverati Carrière e Vanverts, i quali, come dissero alla *Società di Biologia di Parigi* (2 Giugno) hanno istituite due serie di esperienze. Nella prima hanno presi quattro conigli di età differenti e fratturarono il femore. Dopo applicarono un apparecchio contentivo completo. Uno di questi animali fu conservato come testimone, ed agli altri tre ciascun giorno venne iniettata sotto la pelle una soluzione di succo tiroideo, rappresen-

tante il $^1/_{12}$ del corpo tiroide. Per lo più ebbero diarrea dopo le prime iniezioni, ed allora fu diminuita la dose portandola ad $^1/_{20}$. Dopo venti giorni la frattura del coniglio testimone era consolidata, mentre non lo erano quelle degli altri tre conigli.

In una seconda serie la quantità iniettata fu di $^1/_0$ al giorno; di più, invece d'introdurre il succo tiroideo sotto la pelle, fu fatto ingerire per la via gastrica. Al ventunesimo giorno il coniglio testimone aveva la frattura quasi consolidata, ed un solo degli animali che aveva assorbito della tiroidina aveva conservato un callo voluminoso, ma la consolidazione era quasi totale; gli altri erano meno avanzati che il coniglio testimonio.

Da queste due serie di esperienze Carrière e Vanverts concludono categoricamente che nel coniglio la somministrazione di tiroidina non affretta in verun modo la consolidazione delle fratture. Essi non vogliono senza discussione applicare queste conclusioni alla terapia umana, ma non negano loro un valore reale. E mi sembra che abbiano perfettamente ragione.

* * *

È noto come sia talora molto difficile fare la *diagnosi delle lesioni sifilitiche in rapporto con le altre lesioni chirurgiche di dubbia natura*. Questo ha cercato di risolvere il Dott. Giuseppe Verrotti con delle ricerche ematologiche eseguite nella Clinica del Prof. De Amicis (*Giornale Internazionale delle Scienze Mediche*, N. 10). Dalle sue ricerche viene a queste conclusioni, che non mi sembrano prive di interesse:

I. L'esame del sangue, per costituire un elemento semeiologico della più alta importanza, ne' casi dubbi, deve essere completo (qualitativo e quantitativo) e riguardare, principalmente le emazie, i luecociti e la densità.

II. Durante la cura specifica, il sangue del sifilitico presenta note, le quali sono in rapporto con le fasi della rigenerazione sanguigna e, differenziandosi dalle modificazioni regressive crescenti, che si riscontrano nel sangue non sifilitico, possono essere elevate a criteri diagnostici.

Esse consistono:

a) nell'aumentata percentuale dalle emazie di nuova formazione, nel miglioramento progressivo e nel ripristinamento delle loro proprietà fisiche cromatiche, morfologiche e diametriche e fisiologiche (resistenza, viscosità ed elasticità);

b) nell'aumento progressivo del numero totale delle emazie, dell'emoglobina e del valore globulare;

c) nell'aumento della densità con tendenza al ripristinamento del grado fisiologico;

d) nella tendenza al ripristinamento delle proporzioni numeriche normali di leucociti e delle piastrine del *Bizzozero*.

III. Le suddette note diagnostiche, per rapidità e intensità, sono più cospicue con le iniezioni di calomelano.

IV. Esse solo si riscontrano costantemente tutte riunite in ogni singolo sifilitico, essendo alcune più e altre meno manifeste.

V. Dall'esame ematologico complessivo (tra il 4.° e il 12.° giorno successivo all'inizio della cura), il chirurgo può trarre sufficienti criteri per chiarire la diagnosi dubbia di sifilide, senza attendere il resultato dell'esame clinico.

* * *

Il Dott. Ernesto Bozzi, aiuto nella clinica chirurgica di Genova, in un lavoro sperimentale, pubblicato nel 1898 nel volume dedicato al Prof. Giacomo Filippo Novaro nel suo XXX anno dalla laurea, aveva studiato nei cani operati di fistola di Eck le alterazioni post-operatorie, nell'intento di spiegare le complicazioni renali acute consecutive agli interventi sull'addome. E le sue osser-

vazioni fatte su quei cani tenuti a dieta carnea lo avevano reso certo dei seguenti fatti:

I. L' importanza del fegato come organo protettore dell' organismo intero, segnatamente contro i veleni di origine intestinale, non bastando l'epitelio dell'intestino allo scopo, contrariamente alle asserzioni di Fink e Queirolo.

II. La possibilità delle alterazioni renali acute, secondarie ad un'insufficenza epatica primitiva.

III. Le alterazioni che si riscontrano in questi cani, se non presentano in se nulla di caratteristico sono però simili a quelle che si riscontrano in altri processi di intossicazione generale dell'organismo e a quelle che non raramente si ritrovano nei processi postoperatori, avvenute coi sintomi di insufficenza renale.

E terminava il suo lavoro proponendosi di servirsi in una serie di esperimenti di cani operati precedentemente di fistola di Eck, nei quali cioè era sicuro di avere un'insufficenza relativa del fegato.

In un nuovo lavoro recentemente pubblicato: *Ricerhe sperimentali dirette a studiare i rapporti possibili fra intestino, fegato e reni* il Bozzi si propone di studiare se, indipendentemente dalla dieta, dato uno stato patologico del fegato, esistessero altre condizioni intestinali capaci di determinare fenomeni di scompenso con successive alterazioni renali acute.

A questo scopo l'A. si è servito dei cani a funzione epatica molto ridotta, ossia di quelli operati in precedenza di fistola di Eck e di altri di controllo perfettamente sani.

Per allontanare le cause di errori studiò dapprima sopra gli uni e sopra gli altri gli effetti dell'anestesia cloroformica e quelli di un versamento sanguigno nella cavità peritoneale (questo su i prodotti di metamorfosi regressiva, ammesso che siano tossici) per la loro azione sopra tutti gli organi, i quali potevano essere alterati per causa dello stato anomalo del fegato.

E da questa prima serie di esperienze accuratissime, durante il corso delle quali veniva quotidianamente esaminata l' urina e presa la temperatura rettale due volte al giorno, risultò chiaramente:

1.° Che il cloroformio non ha un' azione speciale, nè più marcata nei cani operati di fistola di Eck che non in quelli di controllo.

2.° Che tanto il cloroformio, quanto un versamento di sangue nell'addome non bastano a produrre in loro alterazioni renali permanenti e gravi.

Assodati questi fatti l'A., tenuto conto che nelle nefriti post-operatorie da lui osservate nella Clinica aveva notato come esse fossero quasi, se non sempre, consecutive ad atti operativi interessanti il cavo addominale, come si accompagnassero e fossero precedute da stasi intestinali, come migliorassero o si aggravassero a norma dello stato dell'intestino e come, nei pochi casi seguiti da morte, esistesse sempre coll' alterazione renale acuta, una marcatissima degenerazione del fegato, decise di riprodurre nei cani con fistola venosa quei disturbi intestinali, che clinicamente paiono potersi mettere in rapporto colle nefriti postoperatorie.

Non essendo riuscito a paralizzare l'intestino ricorse addirittura alle occlusioni intestinali, praticate in basso, senza compromettere la vitalità dell'intestino. Eseguiva gli esperimenti anche sui cani di controllo ed occludeva sempre il medesimo tratto d' intestino. Usò dapprima a questo scopo un'ansa di seta mediocamente serrata, poi a questa sostituì tre serie lineari di sutura alla Lembert, i cani erano tenuti alla solita dieta povera di azoto, le orine venivano esaminate giornalmente prima e dopo l'operazione.

Ed ecco i risultati ottenuti da questa seconda serie di esperienze:

1.° I cani operati di fistola di Eck sono meno resistenti, di fronte ad un'occlusione intestinale, dei cani sani di controllo.

2.° In essi si sviluppano con molta maggior facilità in seguito a ciò delle lesioni renali gravi, caratterizzate da una diminuzione nella quantità delle urine,

da un considerevole aumento nell'albumina, dalla comparsa precoce di cilindr ialini, granulosi e di cellule renali nel sedimento.

3.° La reazione dell'indicano mancava quasi completamente nei cani operati di fistola di Eck, mentre era sempre manifestissima, costante, persistente, in quelli di controllo.

4.° La reazione dell'urobilina, di solito già più evidente nei cani operati di fistola di Eck, si faceva spiccatissima dopo l'occlusione e senza confronti superiore a quanto avveniva nei cani di controllo.

Da questi esperimenti poi, dove i cani furono messi certamente in condizioni peggiori a quanto fortunatamente accade nel campo pratico sia per l'occlusione vera e propria che per l'abolizione completa del fegato, potè l'A. per l'identità dei sintomi osservati, per l'identità delle alterazioni macro e microscopiche, per la stretta relazione esistente tra le condizioni dell'intestino e lo stato del rene, ritenere come molto probabile, che in alcune nefriti post-operatorie, consecutive a laparotomie, accompagnate da stasi intestinale accentuata, prolungata, si tratti di vere e proprie autointossicazioni, causate od aggravate almeno da insufficente funzione epatica.

Dall'analisi di tutti i fenomeni ed alterazioni macro e microscopiche presentati sia dai cani preparati con fistola di Eck che da quelli sani di controllo ne viene la certezza assoluta dello stretto rapporto esistente fra intestino, fegato e rene. Si vede cioè come l'epitelio intestinale non sempre sia sufficente a proteggere l'organismo da un'intossicazione intestinale, quando il fegato è insufficente e come in seguito a ciò si sviluppassero alterazioni renali acute di indubitata natura tossica.

Di qui l'importanza pel chirurgo dell'esame dello stato del fegato che si potrà desumere specialmente da un esame accurato delle orine, ricercandovi l'urobilina, l'indacano e l'urea; e ciò tanto più accuratamente in quei pazienti che dovranno esser sottoposti ad una laparotomia, come quell'operazione che più facilmente dà luogo a stasi intestinali da paresi o da occlusioni con consecutivo aumento dei processi putrefattivi e produzioni di tossine che portate in circolo, passate indisturbate attraverso a un fegato la cui funzione sia parzialmente ridotta od abolita potranno portare come nei casi delle esperienze del Bozzi a nefriti acute, con anuria talvolta completa e morte.

Di qui i precetti di promuovere dopo l'operazione la peristalsi intestinale, di somministrare una dieta scarsa di albuminoidi, di praticare lavande gastriche ed enteroclismi, di somministrare purganti antifermentativi ed aumentare da ultimo la diaforesi coll'ipodermoclisi.

30 Giugno 1900.

ANDREA CECCHERELLI.

RIVISTA SINTETICA

LA TRAPANAZIONE DEL CRANIO nella EPILESSIA TRAUMATICA

La trapanazione del cranio già si usava sin dall'epoca preistorica: Broca, De Baye ed altri descrissero crani perforati in vita trovati in alcune tombe neolitiche di Francia, Algeria, Boemia, ecc. ed anche il Mantegazza ne descrive due, pure perforati in vita, trovati in tombe preistoriche del Perù.

Alcuni credettero che queste craniectomie nell'epoca neolitica si praticassero in seguito a fratture od a scopo religioso; ma la mancanza o le rarità delle traccie in essi di fratture, ed il numero abbastanza grande di tali cranî, fecero ammettere, con ragione, l'opinione (Broca) che si craniotomizzasse nei casi di convulsioni epilettiche e più specialmente nei bambini, come la si praticava anche in tempi meno remoti fra popoli che vivevano allo stato selvaggio come i Kabili, alcuni isolani dell'Oceania e certi montanari del Montenegro (Padula).

Del resto il come ed il perchè si eseguisse quest'operazione in quei tempi remotissimi, non si è potuto stabilire che per mezzo di induzioni e studi fatti sulla forma e disposizione delle breccie craniotomiche, sulla forma e alterazioni riscontrate in quei cranî preistorici, giacchè la prima descrizione della craniectomia e della vera trapanazione si trova in Ippocrate, il quale riferisce che in quel tempo veniva praticata nei casi di fratture, allo scopo di dare esito alle raccolte e di allontare i corpi stranieri.

Dopo di lui parlano estesamente di questa operazione Celso (anno 3 d. C.), Eliandro (97 d. C.) e Galeno e poi più nulla di preciso e pare che quest'operazione fosse quasi completamente caduta nell'oblio. Si trovano citati dopo di quelli (Padula) un Ruggero da Parma (1202), un Guglielmo da Saliceto (1277), un Lanfranco (1291) e (Berengario da Carpi), un Nicola Fiorentino, un Dino Gentili e Guy De Chauliac (1363).

Nei secoli XV e XXI si ricorda (Padula): Vigo (1488-1517 ?), Carcano (1536), Acquapendente (1537) e Falloppio 1570). Nel 1518 a Bologna, dal *Magistro Jacobo Berengario Carpensi publice chirurgiam ordinariam in almo Gynnasio Bononiensi docente* venne pubblicato il suo *Tractatus de fractura*, ecc. che si divide in una prima parte dove fa la classificazione delle fratture ed in una seconda dove parla dei sintomi, del pronostico e del trattamento. Quest'ultimo egli divideva in *locale* e *generale* e pel trattamento locale descrive i principali strumenti del suo armamentario coi quali praticava la craniectomia, trascurandone — egli dice — certi speciali per certe particolari fratture per le quali era costretto a fabbricarsene egli stesso o a farsene fabbricare dei nuovi, che dopo non aveva più occasione di adoperare. Da ultimo poi descrive la trapanazione e dà vari consigli intorno al modo e al tempo dell'esecuzione.

Quarantatrè anni più tardi, nel 1561, veniva pubblicato in Francia, a Parigi, « *Le méthode curative des playes et fractures de la tête humaine* » da Ambrogio Paré, chirurgo ordinario del Re, dove — premessa l'anatomia della testa, la descrizione delle varie ferite, il pronostico e il regime dei feriti — descrive il manuale operatorio della trapanazione ed ancora qualche anno più tardi, nel 1763 Giovanni Andrea dalla Croce antico chirurgo della flotta veneta pubblicò il libro più originale dell'epoca, il più ricco dal lato iconografico e tecnico per la chirurgia del cranio.

Da allora la trapanazione venne eseguita con maggiore o minor frequenza a seconda delle scuole e con risultati or buoni e or cattivi, ebbe anch'essa come tutte le operazioni chirurgiche chi la esaltava e chi la voleva abbandonata e tale veramente fu, o quasi, nel secolo scorso e nel principio del nostro.

Scoperto poi ed introdotto più o meno rapidamente nella pratica chirurgica il metodo asettico ed antisettico, ecco la craniectomia ritornare in onore, perdere il carattere di operazione gravissima che sino allora aveva avuto e venir praticata in più larga scala con esiti sempre migliori sia prossimi che remoti.

E innumerevoli diventano i chirurghi che la praticano, e innumerevoli le pubblicazioni e gli studî intorno a questo metodo operativo, tanto più che nuova applicazione pratica o nuovo indirizzo di un'applicazione antichissima — se sono giuste le induzioni ricavate dai cranî molitici — trovava recentemente la trapanazione nell'epilessia jaksoniana, nell'epilessia traumatica.

Dopo i lunghi e molteplici studî sulle localizzazioni cerebrali, dopo che in base a questi si venne a stabilire, come nelle parziali contrazioni epilettiche l'alterazione che ne è causa abbia sede in un determinato punto e ben circoscritto della corteccia cerebrale, anche l'epilessia parziale entrava nel dominio del chirurgo, il quale, aggredita la teca ossea nel punto dove si localizzava l'alterazione e allontanate dalla corteccia cerebrale le cause d'irritazione produttrici degli accessi, poteva portare a guarigione questa malattia, contro la quale ogni mezzo terapeutico era, sino allora, quasi completamente fallito.

Qualunque trauma al capo può, o dopo breve tempo o assai tardi — e ciò è più frequente — esser causa di epilessia jaksoniana. Il fatto che per l'ordinario passano mesi e talora anche anni prima che si manifestino i primi accessi convulsivi, avrebbe la spiegazione nella lentezza con la quale il processo di reintegrazione cicatriziale determina le aderenze, gli strozzamenti e gli stiramenti nervosi che funzionano da stimolo (Durante).

Le lesioni chirurgiche che si riscontrano nelle epilessie traumatiche vengono allora divise a seconda che possono essere causa *immediatamente* degli accessi, quali gli ematomi, le commozioni e contusioni cerebrali, le fratture ed infossamenti di frammenti ossei ed i corpi stranieri, o cause *lontane*, quali le retrazioni cicatriziali, le aderenze, gli ascessi endocranici e le zone di necrosi e rammollimento del tessuto nervoso.

Il meccanismo per cui, data una delle suddette lesioni, facilmente ne venga l'epilessia parziale non è difficile a comprendersi. Nelle commozioni e contusioni si hanno zone di sostanza cerebrale dove si determinano processi di rammollimento, di degenerazione, di necrosi per cui paralisi per la mancata funzione di quelle determinate parti del cervello, contrazioni epilettiformi per irritazione delle parti circonvicine a quella rammollita e degenerata in causa del trauma. Possono poi anche le contusioni dare forme tardive, quando ai tessuti pesti e necrosati eliminati si succede, in processo di tempo, il tessuto di riparazione, il tessuto cicatriziale che produce stiramenti, compressioni delle parti corticali, quindi irritazione e contrazioni epilettiche.

Gli ematomi, le fratture con infossamento dei frammenti, i corpi estranei agiscono sempre come causa meccanica diretta, irritano e stimolano colla loro presenza le meningi e i centri corticali e dànno luogo a spasmi nei varî gruppi muscolari a seconda della zona colpita, alle quali contrazioni parziali possono susseguire più tardi forme generalizzate, così da far credere ad epilessia genuina.

Un trauma anche leggiero al capo con sola lesione delle parti molli può coll'andar del tempo esser causa esso pure di contrazioni epilettiche per le alterazioni endocraniche a cui può dar luogo. In seguito ad esso si possono formare per reazione infiammatoria aderenze tra la parete ossea e le meningi, tra queste e la corteccia e queste aderenze, queste briglie neoformate che vengono a saldare la corteccia cerebrale alla teca ossea possono dar luogo esse pure tardivamente — quantunque il trauma all'esterno non abbia prodotto che lievi soluzioni delle parti molli — a contrazioni epilettiche. Con maggiori probabilità queste aderenze si producono poi se il trauma fu più violento, se la lesione fu maggiore, se vi si aggiungono lesioni delle parti ossee anche senza infossamenti di frammenti — la reazione infiammatoria delle meningi diviene più rapida e più tumultuosa, e maggiore e più forte la produzione di aderenze accompagnate talvolta da versamenti sanguigni che, difficilmente assorbendosi, vengono poi incistati ed agiscono pur essi come stimolo, come causa irritante.

Quando alle lesioni esterne si accompagnano lesioni ossee ed a queste — come accade facilmente o per effetto della causa stessa del trauma (arma da taglio, da fuoco, ecc.) o per effetto di scheggie ossee affondatesi — si aggiungono soluzioni di continuo nella dura si possono avere assai facilmente delle infezioni, le quali dànno luogo a suppurazioni, alla formazione di ascessi superficiali o profondi, i quali dapprima funzionano da stimolo per la reazione infiammatoria e l'edema da cui vengono accompagnati dando luogo a spasmi convulsivi; formandosi poi in seguito la fusione purulenta, questa distrugge le fibre e gli elementi nervosi, necrotizza la zona dove l'ascesso si è formato, mentre sulle zone corticali circostanti, per l'infiltrazione purulenta, per la compressione prodotta dalla raccolta ascessuale stessa, per l'edema che va diffondendosi all'intorno, funziona sempre da stimolo e la corteccia così irritata dà luogo alle spasmodiche contrazioni muscolari delle regioni innervate dalla zona colpita.

Per allontanare queste cause immediate o tardive dell'epilessia parziale, oggidì che l'operazione viene dallo studio delle localizzazioni e dell'asepsi e antisepsi più giustamente indirizzata e resa meno pericolosa, si impiega frequentemente la trapanazione del cranio.

Nel secondo caso, nel caso delle alterazioni traumatiche che possono dar luogo tardivamente alle contrazioni epilettiche il compito del chirurgo è oltremodo difficile e delicato. Egli deve impiegare la trapanazione come cura preventiva, deve col suo intervento prevenire le retrazioni cicatriziali, le aderenze delle meningi, ecc. Ed è oltremodo difficile dettare in questi casi di intervento preventivo delle indicazioni precise. In questi casi non vi è sempre — come già notammo — proporzione fra cause ed effetti: spesso un trauma leggierissimo con sola contusione della parti molli può in seguito, per gli esiti della reazione infiammatoria degli involucri cerebrali, dar luogo ad epilessia, mentre invece talvolta può darsi che non si abbia esito eguale in seguito ad una frattura della teca ossea. Per questo quindi la terapia preventiva è incerta nelle sue indicazioni e sempre lasciata al giudizio personale dell'operatore, che quasi sempre preferisce in questi casi l'aspettare e intervenire solo quando abbia la certezza di alterazioni anatomiche, quando incominci ad avere i primi fenomeni irritativi. Certamente non mancano coloro che sostengono si debba, quando si ha solo il sospetto, solo il timore di epilessia tardiva, eseguire la trapanazione, che potrebbe avere — come avviene oggi di molte laparotomie — scopo esplorativo.

« Concedo — dice il Murri — che l'apertura del cranio in certi casi dubbî possa anche dare poco affidamento di bene e qualche timore di danni; ma le malattie intracraniche sono così gravi che il precetto di non nuocere ha in esse lievissima applicazione, poichè è poco il peggioramento che si può recare al malato, moltissimo invece il beneficio che si potrebbe procurargli ».

Ed il Padula poi va oltre, egli dice che « la craniotomia eseguita con tutte le regole antisettiche non solo non è dannosa, ma talora solleva l'infermo dalle

sofferenze oppure lo guarisce se anche la lesione che si cercava non fu trovata » e più innanzi « la craniectomia non solo ha acquistato un numero straordinario di indicazioni per morbi diagnosticabili, ma oggi è abbastanza praticata come mezzo diagnostico, ossia come vera e propria operazione esplorativa ».

Il D'Antona la chiama « operazione innocente, che se può essere inutile non sarà mai dannosa ».

Ma non è qui il caso di discutere intorno a opinioni troppo personali, troppo soggettive come queste, ognuno giudichi a suo talento ed agisca a seconda della sua coscienza, delle sue personali convinzioni e de' suoi studî sull'ammalato preso in cura. Vediamo invece le indicazioni più positive delle operazioni nelle forme tardive.

Il primo precetto che in questi casi si dà generalmente al chirurgo è quello di non aspettare troppo, perchè coll'andar del tempo gli elementi nervosi sottoposti per lunga pezza a quelle azioni meccaniche irritative produttrici di contrazioni epilettiche, acquistano — secondo alcuni — l'abitudine a produrre questa forma morbosa od assumono — secondo altri — alterazioni anatomiche tali per cui anche allontanata la causa persiste l'effetto, tolta la compressione persistono le contrazioni e gli spasmi.

Questo accade a molti chirurghi che intervennero quando l'epilessia persisteva già da anni, questo accade poi quasi sempre quando l'epilessia da parziale si è fatta generale. Se si vuole quindi intervenire, se si vuole dall'intervento ottenere il massimo utile si operi all'inizio, quando insorgono i primi fenomeni irritativi, prima che si stabiliscano alterazioni anatomiche tali degli elementi nervosi da rendere impotenti lo scalpello ed il trapano.

E si dovrà intervenire quando gli spasmi saranno sostenuti da fratture depresse, con frammenti affondati nella ferita o quando vi sarà certezza che corpi estranei si trovano nella cavita cranica, purchè però di questi si possa prima stabilire la sede con precisione ed il cammino percorso. E questo allo scopo di non portare al paziente danni maggiori di quelli che potrebbe avere dalla permanenza del corpo straniero entro la massa cerebrale, ponendo mente in questi casi alla tolleranza che essa massa, e specialmente nelle regioni frontali, ha per i corpi estranei: si riferiscono in proposito casi in cui nessun disturbo susseguì a dei corpi che da mesi si trovavano nella spessezza dell'encefalo.

Nella commozione di qualunque grado viene esclusa ogni idea di intervento e nelle contusioni lo si consiglia quando esse siano accompagnate da fratture ed avvallamento delle parti ossee.

Si deve pure escludere l'operazione in quei casi, in cui sia manifesta la degenerazione mentale prodotta o dalla lunga durata della malattia o dall'entità delle lesioni; viene esclusa ancora quando gli accessi epilettici non vi iniziarono in forma parziale, ma scoppiarono tumultuosamente subito dopo il trauma e sotto forma generale, in quei casi insomma dove non è possibile il dimostrare che la lesione sia circoscritta e di sede facilmente e con sicurezza determinabile.

Questi sono i principali precetti che il chirurgo deve tenere in mente; al suo senno e alla sua pratica, dopo un severo e attento esame dell'ammalato, il giudicare e il decidere o meno per l'intervento; tanto più che la sicurezza di portare coll'operazione a guarigione l'epilettico è ben raro che *a priori* si possa avere in modo assoluto.

Molti sono i sistemi che si usarono per praticare la breccia operatoria nella teca ossea. Il raschiamento è il metodo più antico, quello che pare fosse in uso sin dall'epoca preistorica e gli strumenti coi quali si pratica vanno dall'antica silice dell'epoca neolitica sino ai compassi del Paré, alle moderne trefine e ai trapani esfoglianti.

Al raschiatore venne sostituita — ed anche questo non da poco tempo — la sega in tutte le sue molteplici forme ed applicazioni (alcune delle quali veri e complicatissimi capolavori di meccanica, non certamente di asepsi) ed i trapani

a corona segante. Ultimamente poi, specie dopo che venne in uso la craniectomia temporanea osteo-plastica, presero il sopravvento negli armamentari della chirurgia cranica, gli scalpelli e le sgorbie.

Una coorte di altri strumenti si aggiungono poi a questi; essi servono, una volta aperta la breccia, ad allargarla e ridurla tale da servire allo scopo che il chirurgo si è prefisso. E così, per citarne alcuni, si hanno le pinze-trapano, le pinze seganti, le multiforme pinze osteotome, le piccole seghe a rotella di sprone, i dischi seganti, ecc.

Ottenuta l'apertura necessaria all'operatore, preoccupazione di questi fu, già fin dall'antico, la riparazione, il modo cioè di colmare la breccia praticata nella scatola ossea e venire così a proteggere nuovamente e solidamente l'encefalo, che altrimenti in quel punto restava scoperto esposto alle violenze estreme ed al pericolo di formare un ernia centrale.

In tempi lontani si ricorreva a speciali copricapi che si adattavano alla volta cranica proteggendo con essi in modo solido le mancanze di continuo in essa prodotte dalle ferite accidentali e chirurgiche.

Nei secoli XIV e XV in posto dell'osso asportato venivano collocate placche d'oro o di altre sostanze meno nobili quali la scorza di certe zucche, anzi spesse volte i ciarlatani, che allora praticavano queste operazioni, scambiavano questa con quelle all'insaputa dei pazienti, i quali rimanevano col danno e le beffe. Dopo che per lunga pezza questo sistema di protesi venne abbandonato, è risorto pochi anni fa, ed era, e da taluno lo è tutt'ora, praticato con placche d'oro, d'argento, d'alluminio, cellulosio, osso decalcificato ed avorio. Questo metodo d'impianto di corpi stranieri nella ferita o *eteroplastica* coll'asepsi ed antisepsi diede anche ottimi risultati, ma oggigiorno altri due a questo si preferiscono, i quali hanno il vantaggio di non lasciare corpi estranei nella breccia e che viene colmata con tessuto osseo e così: l'*innesto* (riapplicazione del disco trapanato, o di pezzi di ossa viventi dell'ammalato stesso o di animali) e l'*autoplastica* mediante lembi formati dalle parti molli ed ossee insieme.

Le prime esperienze di innesto pare che datino dal secolo passato e già sin da allora tentarono di riporre in sede il disco asportato col trapano o sostituirlo con ossa di altri animali, ma in causa specialmente delle frequentissime suppurazioni che allora si avevano non potè guadagnarsi quel favore che tale metodo si meritava. Fu nel nostro secolo rimesso in onore da Wolf, e Mac-Ewen, pensando che causa d'insuccesso era spesso la grandezza del disco che non poteva attecchire, propose di ricollocarlo in sede spezzato in frammenti, dicendo di aver meno facilmente la necrosi e più facilmente una valida riunione. Ma il metodo di Mac-Ewen aveva l'inconveniente di contendere i dischi per frammentarli con danno della loro vitalità e di produrre calli comprimenti la dura.

Gli esperimenti e l'esperienza clinica in proposito portarono alle seguenti conclusioni: Se il disco asportato dalla corona del trapano è molto piccolo è inutile l'innesto non essendovi pericolo di ernia; per ottenere bene e facilmente l'attecchimento del disco, esso non deve superare il diametro di 4 cent. (Horsley); ed è sempre buona regola suturare al di sopra il periostio che ben presto nuovamente aderisce al disco, contribuendo così ad una solida riunione (Caselli).

Oltre innestare il disco asportato nella trapanazione si tentò anche, con successo, di sostituire a quello pezzi di osso tolti da animali o da altre parti dell'ammalato stesso. E così Mac-Ewen adoprò il parietale di un cane, altri usarono il cranio di oca giovane, Sacchi usò dischi osteo-cartilaginei tolti dall'articolazione coxofemorale di un cane e Padula descrive il suo metodo consistente nell'asportare un pezzetto d'osso dalla faccia antero-interna della tibia.

La craniectomia tangenziale proposta dall'Ollier e modificata dal Durante ha per iscopo, sollevando un lembo o più lembi formati dalle parti molli e dalle parti superficiali della parete ossea, di procurarsi un lembo osteo-cutaneo, eminentemente vitale perchè non distaccato dalle parti molli dalle quali viene nu-

trito, che ribattuto sulla breccia craniotomica forma una solida riparazione che si oppone efficacemente all'ernia cerebrale ed alle violenze esterne.

A questa craniectomia temporanea con parziale partecipazione del tavolato osseo alla formazione del lembo, Chalot sostituì quella colla piastra ossea resecata a tutto spessore, piastra ossea che viene, come nel caso precedente della resezione tangenziale, mantenuta vitale dalle parti molli e che riattechisce facilmente una volta ribattuta sulla ferita e mantenutavi da opportune suture.

MARIO VARANINI.

RENDICONTI DI ACCADEMIE E SOCIETÀ

Italia.

SOCIETÀ MEDICO-CHIRURGICA DI BOLOGNA.

MONTI G. — *Contributo allo studio clinico della scoliosi lombare. (Istituto ortopedico Rizzoli).* Fra i 57 casi di scoliosi curati nell'Istituto Rizzoli G. C. di Taranto, di 15 anni, presentava scoliosi lombare primaria a destra di secondo grado, con curva di compenso dorsale sinistra e cifosi lombare. La forma è abbastanza rara: le statistiche del Delega, dello Stachel e di altri ne recano pochissimi casi. Circa l'etiologia, in generale, della forma lombare destra primaria, l'O. non crede che si possa citare la posizione assunta dai fanciulli nello scrivere. Coglie l'occasione per descrivere un atteggiamento scolastico che può occasionare scoliosi destra a C. e che non fu descritta dagli autori.

ASSOCIAZIONE MEDICO-CHIRURGICA UNIVERSITARIA DI CATANIA.

G. CLEMENTI — *Il bottone di Murphy nelle resezioni intestinali.* L'O. dai risultati ottenuti dagli altri operatori e da quello che egli ha potuto osservare personalmente consiglia di valersi con fiducia del bottone di Murphy, apparecchio che si può considerare come perfetto.

MUSCATELLO. — comunica un caso di *linfadenocele inflammato.*

D'ABUNDO. — *Sulla porencefalia sperimentale.* Avendo intrapreso delle ricerche in animali neonati ne espone le conclusioni: 1.° Le ablazioni superficiali e limitate della corteccia cerebrale non determinano modificazioni degne di rilievo nell'orientamento e nello sviluppo delle circonvoluzioni e dell'emisfero cerebrale operato. 2.° Le ablazioni corticali meno limitate ma profonde dànno luogo ad un vero orientamento raggiato delle circonvoluzioni verso un punto rappresentato idealmente dall'area corticale asportata. In tal caso l'emisfero cerebrale corrispondente rimane atrofico risultando ipertrofica nell'emisfero sano la regione corticale omonima a quella lesa. 3.° Abbastanza frequentemente si verifica l'epilessia negli animali operati nella zona motrice e divenuti adulti anche in quelli operati di ablazioni corticali superficiali.

ACCADEMIA MEDICO-FISICA-FIORENTINA.

Seduta del 9 maggio 1900. — GIARRÉ parla su di un caso di *ascesso del lobo frontale destro* presentando all'Accademia il cervello di un bambino di due anni Il bambino era stato accolto con sintomi di cachessia, meningite e bronco-polmonite. Fatta, due giorni dopo il suo ingresso all'ospedale, una puntura lombare si estrasse un liquido leggermente torbido, nel quale si formò col riposo un sottile coagulo a tela di ragno. L'esame microscopico dimostra scarsi lobuli bianchi e qualche catena di streptococco. Il bambino migliorò: però in seguito alla sua vaccinazione, avvenuta un mese dopo, fu colpito da morbillo che si accompagnò tosto a focolaio bronco-pneumonico alla base del polmone sinistro. L'autopsia dimostrò nel lobo frontale dell'emisfero destro un ascesso della grandezza di un'arancia, con membrana involgente assai resistente e pus denso e di colorito giallo verdognolo e nello stesso emisfero, in corrispondenza del lobulo quadrato, al piede della circonvoluzione frontale ascendente ed all'apice del lobo parietale, tre piccoli focolai di rammollimento croceo con formazione di cisti a contenuto rugginoso a sostanza nervosa circostante indurita, infiltrata e di colorito giallastro. Giarré si riserva di pubblicare per esteso questo caso, quando ne avrà ultimato lo studio istologico, ma intanto fa notare che i risultati della prima puntura lombare confermano quanto egli stesso aveva già avuto occasione di pubblicare: che la tela di ragno non si forma nel liquido estratto col metodo Quincke, mentre nella maggioranza dei casi è sintomo della meningite tubercolare, non deve però considerarsi esclusivamente tipico di tale malattia. Tale sintomo con l'esame chimico e batteriologico del liquido costituisce un criterio importante per la diagnosi differenziale.

Seduta del 30 maggio. — MYA presenta un caso di *mixedema sporadico* in un bambino di nove anni. Crede degno di nota lo stato delle masse muscolari, che si presentano apparentemente ipertrofiche (pseudo ipertrofia) e con evidente ipertonia. Opina che cotesto stato dei muscoli determini l'andatura spastica del bambino, e lo fa dipendere da un disordine trofico delle masse muscolari, legati, come gli altri principali fenomeni del mixedema, all'atiroidismo.

ASSOCIAZIONE SANITARIA MILANESE.

Seduta del 17 maggio 1900. — PANZERI e BINDA riferiscono su *Duecento trenta riduzioni incruente di lussazioni congenite del femori e risultati delle prime centotrentatre.* Le osservazioni furono compiute all'Istituto dei rachitici di Milano.

Il numero dei pazienti operati è di 168, il numero delle riduzioni 230.

L'età dei pazienti variò da un minimo di 2 1/2 a 13 anni.

Di 168 pazienti, 155 appartengono al sesso femminile 19 al sesso maschile.

Nella statistica figurano due volte tre sorelle e quattro volte due sorelle.

Due pazienti hanno pure la madre che soffre della stessa deformità.

Riguardo alla localizzazione si nota che di 168 lussazioni 17 sono localizzate a destra, 68 a sinistra, 83 bilaterali.

Nelle lussazioni unilaterali l'accorciamento variò da un minimo trascurabile a cent. 5 1/2.

Il concetto direttivo della cura fu di ricondurre il capo deforme e lussato nella cavità acetabolare, pure deforme e spesso appena segnata, e di mantenervelo fisso, finchè non si fosse riorganizzata una nuova e stabile neo-artrosi. E per questo si ricorse a quanto vi era di razionale nei metodi di Paci e di Lorenz introducendovi modificazioni pratiche del Professor Panzeri.

Come trattamento preparatorio s'impiegò la trazione continua all'arto con 10, 15, 20 chilogrammi per 15-20 giorni in soggetti, che presentavano un forte accorciamento e che avevano un età piuttosto avanzata.

Tuttavia riuscirono vani i tentativi di riduzione in due soggetti di 13 anni, uno di 12 e in uno di 9 anni.

La cura si compone della riduzione della lussazione mantenuta in tre tempi con tre posizioni distinte. Non si può precisare quanto debba essere la durata di tempo di ciascuna posizione e di ogni soggetto. Certo è subordinata all'età del paziente, alla facilità più o meno grande con cui si ottiene la riduzione e ai rapporti più o meno stabili che la testa femorale acquista nella nuova posizione.

In linea generale nel primo tempo l'arto ha questa posizione: *coscia flessa e abdotta sul bacino e generalmente ruotata all'interno. Gamba flessa sulla coscia ad angolo retto.*

2° Tempo. *L'arto viene messo in estensione completa con un'abduzione più o meno forte e ruotato all'interno.*

3° Tempo. Arto in estensione completa parallela all'altro e ruotato all'interno.

La meccanica di riduzione ridotta ne' suoi semplici elementi sarebbe questa: sotto una narcosi profonda si *flette* fortemente la coscia sul bacino la si *adduce* mentre la si *ruota all'esterno* col duplice scopo di abbassare la testa femorale, dal di dietro dell'acetabolo, in modo da favorirne l'entrata pel segmento posteriore; mentre dalla posizione di *adduzione* si porta la coscia lentamente in *abduzione*, un rumore di scatto più o meno forte, ma quasi sempre avvertito nelle 230 riduzioni, avverte che la testa è entrata nell'acetabolo.

Si esperimenta allora se la testa femorale rimane in posto anche lasciata da sè o se è necessario per ottenere ciò d'esagerare l'abduzione o la rotazione interna o esterna; poi se la riduzione si mantiene anche nell'estensione completa dell'arto tenuto in media abduzione. È in quella posizione che si giudica migliore, che si fissa mettendo l'arto in un grande apparecchio gessato.

Durante il primo tempo se gli operati avevano la rotazione interna non hanno camminato — se invece avevano la rotazione esterna hanno sempre camminato — muniti dal lato operato di scarpa rialzata, negli altri due tempi hanno quasi sempre camminato.

Durante le riduzioni su 214 riduzioni non si ebbe che a lamentare una frattura di femore in una bambina di due anni e mezzo, nella quale una cicatrice all'inguine ostacolò di molto la solita meccanica di riduzione.

Nelle prime operate si verificarono subito dopo l'atto operativo qualche volta degli stravasi agli inguini e in 7 soggetti di età avanzata si ebbe paralisi transitoria nel dominio dello sciatico popliteo esterno. Non si sono mai verificati rialzi termici dopo l'atto operativo, se si eccettuino due pa-

zienti: una di 8 l'altra di 13 anni, nelle quali la febbre fino a 38,9° manifestatasi in prima giornata dell'atto operativo fu foriera della cotilite sviluppatasi poi.

Durante la cura post-operatoria nelle prime centinaia si verificarono 3 fratture al 3.° medio del femore in soggetti di 7, 8, 9 anni, 5 distacchi epifisarì in soggetti di 5, 6, 7, 8, 10 anni e sempre la colpita fu l'epifisi inferiore del femore, più 22 rilussazioni parziali o totali.

Specialmente ciò avvenne quando dalla prima si mette l'arto nella 2.ª posizione sopratutto in soggetti di età tenera, spostamenti che in parte vennero corretti con nuova riduzione.

A fine cura oltre gli spostamenti si ebbero a verificare delle forti rigidità nelle neo-artrosi, rigidità che talune ancora non si poterono vincere.

Questo inconveniente è a carico dei soggetti di 8, 9, 11, 12, 14 anni. In questi pazienti causa l'età e la consecutiva gravezza della deformità si dovettero impiegare per la riduzione sforzi ripetuti e considerevoli con conseguenti strappi muscolari, specialmente a carico degli adduttori.

Oltre a questo, come causa, non fu estranea l'eccessiva immobilizzazione.

Durante poi tutto il periodo della cura e in qualunque posizione si verificarono degli edemi diffusi agli arti — dovuti in linea generale a qualche compressione dell'apparecchio gessato — edemi che scomparvero levata la causa.

È confortevole però notare che tutti questi inconvenienti stanno pressochè tutti a carico delle prime centinaia circa. Nelle restanti riduzioni, modificata la tecnica di riduzione e perfezionata la consecutiva cura, non si hanno a lamentare accidenti.

A fine cura levato l'ultimo apparecchio gessato la neo-artrosi è rigida, rigida l'articolazione del ginocchio dello stesso arto, marcata l'atrofia muscolare.

Dei risultati oggi non si può dare giusto giudizio che delle prime centinaia circa, perchè non si può parlare di esito definitivo che ad una distanza grande dall'operazione.

Vennero dimessi dalla cura e lasciati a sè come guariti: 1) quei soggetti che, levato l'ultimo apparecchio gessato, hanno la testa femorale fissa in regolare posizione; 2) quelli che levato l'ultimo apparecchio gessato, hanno la testa femorale spostata lievemente all'esterno, ma fissa e nei quali quell'accorciamento può essere corretto con scarpa rialzata.

Le prime riduzioni furono fatte nel luglio del 96, ed i risultati che presentano agli autori sono gli esiti delle operazioni dal luglio del 96 al luglio del 99.

Sommano a 95 pazienti, che divisi per età sono:

di 3 anni	. . . .	13
» 4 »	. . . .	11
» 5 »	. . . .	14
» 6 »	. . . .	9
» 7 »	. . . .	16
» 8 »	. . . .	10
» 9 »	. . . .	9
» 10 »	. . . .	7
» 11 »	. . . .	2
» 12 »	. . . .	3
» 13 »	. . . .	1

Quanto alla localizzazione della deformità sono così divise:

a destra	12
a sinistra	45
bilaterali	38

Riuscirono vani i tentativi di riduzione in un giovinetto di 13 anni e in una bambina di 12 anni e in un'altra di 11.

Nelle altre tutte fu possibile la riduzione e levato l'ultimo apparecchio gessato si constatò nelle unilaterali.

N.° 27 fisse in regolare e buona posizione.

N.° 20 fisse, ma lievemente, spostate all'esterno.

N.° 8 in regolare posizione ma rigide.

N.° 2 rilussate.

Nelle lussazioni bilaterali.

N.° 2 fisse in regolare e buona posizione.

N.° 25 da una parte in buona posizione, dall'altro lato spostato all'esterno.

N.° 5 rigide in entrambi i lati.

N.° 3 rilussate.

N. 3 tentativi inutili di riduzione.

Nella statistica non sono incluse le operate che non si ripresentarono per continuare la cura.

Le conclusioni dell'interessante memoria sono:

1) L'esito finale giustifica la cura.

2) La cura trova la sua indicazione nei soggetti dai 3 agli 11 anni.

3) I migliori risultati si hanno nei soggetti dai 5 agli 8 anni e nelle lussazioni unilaterali.

4) In tutte le operate si ebbe miglioramento notevole nella deambulazione e nella funzionalità dell'arto.

5) La neo-artrosi che si forma acquista tutti i movimenti normali dell'articolazione del costile sano.

Durante la seduta vengono presentate 12 bambine operate con esito perfetto e che data da parecchi anni, più delle radiografie prese prima della cura e dopo le cura.

Sulla memoria degli autori ritornerà la discussione nella prossima seduta che per l'argomento verrà tenuta all'Istituto dei Rachitici di Milano.

Accademia Medica di Roma.

Seduta del 27 *maggio* 1900. — Prof. B. Roncali. L'A. dice che in un sarcoma della regione parietale sinistra del cervello, operato dal prof. Durante, ebbe a riscontrare numerosi blastomiceti.

Egli, dopo descritta la tessitura istologica del neoplasma, passa alla descrizione della forma e della dimensione dei blastomiceti rilevati nel tumore in parola, e nota, in quanto alla sede di questi, come non si possa parlare di accidentalità, poichè si trovano in punti giovani del tumore e dove precisamente il neoplásma è in via di accrescimento.

Dice inoltre che l'accidentalità di questi microrganismi viene esclusa dal fatto che i blastomiceti si trovano in un tumore che era chiuso nel

cranio e che perciò non si può parlare d'intervento per ulcerazione o per abrasioni cutanee, come si è parlato, s'intende senza alcun fondamento, per i blastomiceti riscontrati in tumori di altre parti dell'organismo. Che i corpi di cui parla siano blastomiceti, non v'è dubbio alcuno poichè le reazioni microchimiche, e l'identità di forma con quei parassiti isolati da altri nazioni ed iniettati negli animali da esperimenti nettamente lo dimostrano. Finalmente dice che oggi non è più il caso di confutare le idee di quelli che a tutti i costi sogliono ritenere questi corpi prodotti dalle varie degenerazioni; poichè colle nozioni che abbiamo su tale argomento, secondo il Roncali, queste idee oggi non meritano l'onore della discussione.

SOCIETÀ LANCISIANA DEGLI OSPEDALI DI ROMA.

Seduta del 12 *maggio* 1900. — PARLAVECCHIO G. parla sugli *ascessi d'origine vertebrale ad insolita estrinsecazione.* Premesse alcune considerazioni sulle vie strane e bizzarre che possono seguire alcuni ascessi migranti d'origine vertebrale e sulle sorprese diagnostiche ed operatorie a cui possono dare luogo, espone alcuni casi da lui visti ed operati. In due di questi l'ascesso si era presentato primo nel faringe ed in seguito alla regione laterale destra del collo: l'apertura praticata in quest'ultimo punto permise di sentire i corpi delle vertebre cervicali usurati, che furono raschiati. In uno dei due si produsse in seguito un sino nella faringe, per la quale s'immetteva l'aria che usciva sibilando dalla ferita del collo durante le medicature, quando l'infermo parlava o si soffiava il naso. Guarirono entrambi. In due altri (bambini di 7 ad 8 anni). gli ascessi provenivano dai corpi delle vertebre cervicali superiori; il pus del mediastino posteriore scollò la pleura parietale destra e raggiunse la base del torace fra le linee ascellari. Quivi in uno si presentò in forma di due ascessi vicini sottocutanei, che parevano d'origine costale; nell'altro come ascesso unico. Spaccati gli ascessi e resecate le coste, si potè fare strada sino al mediastino posteriore, dove constatò la carie dei corpi vertebrali, che cautamente raschiò. I bambini migliorarono lentamente, ma poi furono perduti di vista dopo alcuni mesi di cura. In una bambina di due anni vide un ascesso sottocutaneo ad un dito trasverso a destra ed in basso dall'ombelico era stato creduto locale e curato coll'aspirazione del pus. Aprì e trovò la sacca piena di frammenti usurati di osso spongioso. Con opportuni sbrigliamenti seguì un canale fistolare tortuoso, che conduceva alle vertebre lombari, passando in fuori ed indietro del peritoneo parietale. Raschiò le vertebre molto usurate e tenne aperto il cavo. La bambina migliorò e poi fu perduta di vista perchè fu portata al mare. In due altri casi, uno dei quali fu operato dal Topai, si trattava di enormi raccolte di pus al lato esterno di una coscia; spaccate le grandi sacche marciose, si trovò che il pus proveniva dall'alto, uscendo dal bacino per la lacuna dei muscoli, e girando, da dentro in fuori, indietro del collo del femore. Nel primo fu praticata una controapertura alla plica inguinale e si ebbe la guarigione: il secondo è ancora in cura.

LA TORRE parla sull'*elettroemostasi* e presenta uno strumento di Sckene di Brooklyn per determinare l'emostasi dei tessuti mediante l'energia elettrica senza legatura. Lo strumento è una pinza a forcipressura ordinaria; nel morso di una branca corre un filo di platino legato ad altro filo di

rame isolato che corre lungo la branca fino ad un piccolo blocco di metallo a cui è attaccato direttamente un secondo filo non isolato. Lo strumento è unito ad una sorgente elettrica qualunque (pila, corrente della strada, accumulatore). Con questa pinza elettrica in mezzo minuto i tessuti presi diminuiscono di volume, diventano pergamenacei, translucidi. I vantaggi del metodo non sono dubbi: si può ottenere l'emostasi sicurissima in mezzo ai tessuti, si evitano le infezioni secondarie, si possono affondare i peduncoli senza fili perduti. Secondo lo Skene l'elettroemostasi è principalmente indicata: 1.° Nelle grandi superfici emorragiche, che si formano nella soluzione delle aderenze, principalmente nel cavo del Douglas, nella mioemectomia, ecc. 2.° Nell'isterectomia addominale, nell'ablazione dell'appendice ileo cecale, nell'isterectomia vaginale. 3.° Nelle vene varicose vulvari e crurali, e nell'amputazione delle mammelle. 4.° Nelle neoformazioni della vescica, nei neoplasmi dell'orificio esterno dell'uretra, nelle emorroidi. 5.° Nei neoplasmi cutanei.

Austria.

Società Imperiale e Reale dei Medici di Vienna.

Seduta del 24 *maggio.* — Schnitzler presenta due casi di *perforazione dell'intestino* insistendo sulla necessità di un intervento sollecito tutte le volte che sospettasi una perforazione, sebbene sia difficilissimo riconoscerlo. Il dolore circoscritto alla pressione e la tensione dell'addome costituiscono dei sintomi precoci importanti di questa grave complicanza.

Pauli parla su di un *processo di diagnosi dei restringimenti esofagei*, e cioè fare ingerire al paziente da prima dagli 80 a 100 cc. di una soluzione di acido tartarico, poi dopo venti minuti una soluzione di bicarbonato di potassa. Quando i due liquidi entrano in contatto nell'esofago la borsa si riempie di spuma; ciò non si osserva quando si ha permeabilità dell'esofago.

*Seduta dell'*8 *giugno.* — Weinlechener presenta un caso di *gozzo* curato con la legatura delle arterie tiroidee. Era un giovine di 13 anni. In tre settimane era diminuito di otto centimetri.

Latzko presenta una donna di 35 anni, alla quale fece l'*impianto dell'uretere in vescica* perchè durante una laparotomia constatò un cancro dell'estremo inferiore dell'uretere sinistro che resecò. L'esito è stato soddisfacente.

Seduta del 15 *giugno.* — Brener a proposito dell'*etiologia del gozzo esoftalmico* ha emessa l'opinione che non vi è ragione di distinguere due varietà; una primitiva di sutura nervosa, e l'altra consecutiva ad una lesione del corpo tiroide. Questo avrebbe sempre la parte principale nello sviluppo di questa malattia: ha in un caso veduto anche la malattia di Basedow succedere ad una tiroidite primitiva suppurata dovuta allo stafilococco albo. Pensa che la somministrazione dell'iodio può provocare la comparsa del gozzo esoftalmico sia negli individui antecedentemente colpiti da quest'affezione e considerati come guariti sia in quelli che presentano già dei sintomi leggeri della malattia, ma che non hanno gozzo, sia infine nei semplici gozzuti che non hanno ancora fenomeni del Basedow: sono specialmente i vecchi e le giovani donne che rischiano di vedere il loro gozzo divenire basedovino dopo la cura iodica.

Belgio.

Società Belga di Chirurgia.

Seduta del 19 *maggio* 1900. — Verneuil a proposito della modificazione alla *colostomia iliaca* proposta da Gallet dice che l'ha eseguita due volte e gli pare raccomandabile, e specialmente perchè rapidamente e senza conseguenze ottura il capo inferiore. Col processo di Madelung talora accade che le fecce si fanno di nuovo strada per questo capo e si hanno fenomeni infiammatorî consecutivi ad infezione localizzata. Lanwers si preoccupa della difficoltà di distinguere i due capi fra loro. Verneuil crede che con l'iniezione si possa togliere l'incertezza. Depage crede anche col tatto seguendo il tramite dell'intestino col dito, in quanto si arriva facilmente al retto. Lanwers non ne è convinto non essendo riuscito nell'intento, Lambotte è del parere di Depage.

Vanderlinden a proposito di un caso di *ascesso del cervello* dice che nel caso di Gallet tutti penserebbero a contusione cerebrale cioè lesioni per contraccolpo. La commozione non è che il sintomo clinico della contusione. Depage crede che le lesioni per contraccolpo, conseguenza della contusione cerebrale sono incompatibili con la perforazione della scatola ossea, e non si osservano che quando questa è intatta, e qui non è il caso perchè il proiettile penetrò nella sostanza cerebrale. Vanderlinden è di parere contrario; in quanto ai fenomeni infettivi avendo dato luogo ad ascessi, dipendono da accidenti secondarî. Depage crede che sieno semplici ipotesi.

Lambotte parla sullo studio delle grandi *emorragie stomacali nella gastrite cronica* e ne riporta tre nuove osservazioni affermando che l'emorragia è piuttosto rara nell'ulcera callosa. Verneuil in questi casi si meraviglia della gravità dei sintomi e della poca intensità delle lesioni. In un fanciullo la vide per ulcera dell'esofago. Lambotte risponde che le lesioni esistevano e non vi erano tracce di altro, che i malati guarirono con l'operazione, e cioè la pilorectomia.

Depage presenta un caso di *carie della rana* con ascessi multipli sottodurali, e sotto-cranici. Vennero eseguiti varî interventi, ma avvenne la morte.

Le Clerc-Dandoy a proposito di due casi parla su di un *nuovo processo di drenaggio vescicale dopo la cistotomia sopra-pubica,* e cioè un doppio tubo Perrier, dal quale passa il liquido che si inietta attraverso una siringa di Pezzer o di Nélaton parte a permanenza ed in comunicazione con un irrigatore regolato ad un rubinetto.

Bouffart presenta due *tumori ovarici,* e cioè un tumore solido ed una ciste dermoide.

Francia.

Accademia delle Scienze di Parigi.

Seduta del 28 *maggio* 1900. — Tuffier ed Hallion parlano sul *richiamo alla vita con la compressione ritmica del cuore.* Dicono che Battelli con la scarica elettrica ai ventricoli è giunto a richiamare le contrazioni sistoliche del cuore anche quando quest'organo era in stato di nutrizioni fibrillari. Essi in un cuore incidendo il terzo spazio intercostale e dopo scolla-

mento del pericardio fecero da 60 a 80 compressioni ritmiche della massa ventricolare. Le pulsazioni arteriose divennero allora percettibili ed il paziente aprì gli occhi, mosse la testa, ma dopo due o tre minuti il polso si indebolì ancora e non riprese più. Vi era un coagulo nella branca sinistra dell'arteria polmonare. Bisognerebbe sapere quanto approssimativamente può durare l'arresto di qualunque battito cardiaco prima che la compressione diretta dei ventricoli sia divenuta l'unica risorsa.

Accademia di Medicina di Parigi.

Seduta del 29 *Maggio.* — Valude parla sulle *operazioni nell'orbita dalla via temporale.* È intervenuto tre volte col metodo di Krönlein. Consiste in un'incisione curva a convessità anteriore, comprendente la pelle ed il cellulare sottocutaneo, che segue i contorni della fossa temporale. Alla sua parte anteriore che forma la convessità del lembo, l'incisione dev'essere al margine esterno dell'orbita, che è messa allo scoperto, poi si porta indietro segnando l'arcata zigomatica. Terminata l'incisione del lembo, si penetra nell'orbita con un stacca-tendini piatto, tra l'osso ed il periostio, in modo da isolare questo per tutta l'estensione della parte esterna dell'orbita. Il 3.º tempo consiste nel mobilizzare l'osso malare. Per questo fa due incisioni che si ricongiungono alla fenditura sfeno-mascellare circoscrivendo un triangolo osseo aderente al lembo interno. Questo triangolo osseo staccato è lussato in fuori, rovesciato con un divaricatore, e così il fondo dell'orbita è ampiamente accessibile. Terminata l'estirpazione del neoplasma il lembo osseo è rimesso a posto e fissato con punti di sutura cutanea. Guarigione rapidissima.

Seduta del 5 *giugno* 1900. — Lancereaux parla sulla *cura degli aneurismi col siero gelatinoso* e presenta un malato di 37 anni, da tempo malarico, nel quale dal 1898 constatò un tumore aneurismatico all'apice del torace. Con 36 iniezioni di siero gelatinoso il malato migliorò considerevolmente; il tumore è duro, resistente, il paziente può mantenersi diritto e coricarsi sul dorso mentre prima gli era impossibile.

Seduta del 12 *giugno.* — Lucas Championniere parla su di un caso di *ectasia testicolare doppia addominale* in un uomo di 22 anni e che operò 12 anni or sono. Egli allora fissò i due testicoli alla radice della verga. Il destro ora è divenuto voluminoso e sensibile, ed il sinistro doloroso. Le ernie rimasero guarite. In 37 individui ha eseguiti 42 interventi per ectasia del testicolo con ernia inguinale, di cui 25 fissazioni del testicolo e 17 castrazioni. La fissazione del testicolo è resa spesso difficile dall'esistenza di fimbrie fibrose che incastonano quest'organo e si oppongono al suo abbassamento. Converrà dunque cercare di liberare molto esattamente queste aderenze, perchè è dalla loro dissezione che dipende il successo dell'operazione, più che dal modo di fissare il testicolo nelle borse. Non si deve ricorrere alla castrazione che quando non si può fare diversamente, la conservazione di un testicolo anche mediocre avendo un'influenza capitale sul mantenimento dei reflessi genitali è sulla salute generale del soggetto.

Poncet comunica i resultati statistici di Mayot sulla *distribuzione geografica del gozzo in Francia.* Ha trovato che in America vi sono dai 375000 ai 400000 gozzuti.

Seduta del 26 *giugno.* — DIEULAFOY. Riferisce un caso in cui in seguito a leggiera otite insorse cefalea occipitale, cammino incerto, ictus apopletiforme con caduta sul lato sinistro con vomito, sonnolenza, ecc.

Vennero applicate tre corone di trapano sul lato sinistro e si fecero parecchie punture aspiratrici nel lobo sinistro del cervelletto e da nessuna si ottenne pus.

Il paziente morì nella giornata: all'autopsia nell'emisfero sinistro del cervelletto fu trovato un piccolo ascesso del volume di una nocciuola.

L'O. conclude che gli ascessi del cervelletto sono sempre consecutivi a otiti, enumera le lesioni intracraniche causate dalle otiti e descrive i fenomeni cerebellari dati dagli ascessi del cervelletto. La paresi del facciale e dell'oculo-motore esterno permettono di determinare quali dei due lobi sia leso.

Fa la distinzione fra i sintomi cerebellari e quelli dati da lesione auricolare e labirintica ed enumera i sintomi che possono far credere a lesioni del lobo cerebrale e a tumori cerebellari.

Conclude che il solo trattamento di questi ascessi è il chirurgico.

LABORDE. Ricorda che la sostanza grigia del cervelletto è ineccitabile quindi i fenomeni insorgono quando sono interessati i peduncoli. Cita i fenomeni consecutivi a lesioni sperimentali dei peduncoli.

HEUROT. Parla di una ragazza che in seguito ad otite ebbe cefalalgia febbre e coma. Aperto il seno laterale, fu trovata piccola quantità di pus la morte avvenne per infezione secondaria.

CERNÉ. In 19 mesi ha praticate 18 laparotomie per salpingo-ovariti e solo 7 volte asportò le due trombe.

Sopra i 21 conservati, 9 volte esse erano poco alterate, in 12 l'alterazione era maggiore ed erano trasformate in cavità chiuse ed in 4 casi si trattava di piosalpingiti.

In un solo caso in cui lasciò in sede le trombe contenente pus ebbe la morte per peritonite. Nelle altre ammalate ebbe invece guarigione completa e permanente a più mesi di distanza.

SOCIETÀ DI CHIRURGIA DI PARIGI.

Seduta del 30 *maggio* 1900. — DELANGLADE parla su di tre casi di *ascessi appendicitici pelvici aperti dalla via prerettale.* Erano situati molto profondamente, e per aprirli, convenne servirsi del coltello sino allo sfintere esterno e poi al dito ed alla sonda scanalata per scollare le parti molli sino all'ascesso. Crede che la via prerettale raccomandabilissima in casi analoghi, cioè di ascessi appendicitici ad evoluzione pelvica profonda.

ALBARRAN a proposito della *tubercolosi orinaria* risponde a Tuffier che il cateterismo degli ureteri non è, come egli dice, inutile e talora pericoloso. Egli crede rarissime le paranefrosi assolutamente chiuse che non lasciano scolare in vescica nè pus nè orina alterata, per cui non può essere inutile il cateterismo. In quanto ai pericoli sono immaginarii, bastando raccogliere l'orina di un'ora e non di ventiquattro ore. Per le indicazioni operatorie è contento che Tuffier si renda fautore della nefrectomia in quanto la nefrotomia la riserva alle grandi pionefrosi con accessi febbrili e stato cachettico e di difficile intervento. Crede che diverrà ancora più radicale, è cioè ammetterà l'estirpazione di ogni rene tubercolare.

Reynier parla sull'*asepsi operatoria* e dice che Quenu esagera. Egli pure usa i guanti di caoutchouc nei casi infetti, ma non si astiene dopo di operare casi asettici perchè crede possibile la disinfezione delle mani con gli antisettici, e cioè lavaggio con acqua, sapone e spazzola, e quindi permanganato di potassio; bisolfito di soda, e per ultimo sublimato. Respinge i guanti di filo perchè si infettano e sono incomodi. Delbet pure combatte le idee di Quenu, in quanto crede possibile l'asepsi perfetta assoluta. Egli si è infettato le mani con colture virulente di microbi aerobi ed anaerobi; quindi le ha lavate (con acqua calda, sapone e spazzola e ripetè poi la lavatura con alcool a 90° e quindi con sublimato) e subito dopo fatte delle culture che rimasero sempre sterili. I risultati clinici sono eccellenti. Non trova inconvenienti ad usare i guanti di caoutchouc.

Quenu presenta un caso di *sarcoma della parotide* che era residuato due volte ad intervalli di due anni. Egli ha trovato che questi tumori della parotide, che si consideravano come epiteliali e connettivali sono puramente connettivali.

Monod presenta un malato che aveva un *aneurisma fusiforme del poplite* e guarito coll'estirpazione.

Picqué fa vedere un malato che per *calcolo del coledoco* fu operato di colecistostomia, colecisto-gastrostomia, e colecistostomia con esito fortunato.

Picqué presenta una *dilatazione ampollare della safena* in corrispondenza delle sua imboccatura nella femorale, stata asportata felicemente.

Kirmisson fa vedere l' *Upsileur di Guilmeth* destinato a proiettare dalle sostanze antisettiche nei tramiti fistolosi per disinfettarli. Si compone di un serbatoio di cloruro d'etile mescolato a sostanze antisettiche, e di un tubo che serve a proiettare queste sostanze, ed al quale si adattano dei tubi di caoutchouc e canule di varia forma.

Seduta del 6 *giugno* Pousson a proposito della *cura chirurgica della tubercolosi renale* presenta un rene voluminoso con numerose cavità nella sostanza corticale e non comunicanti col bacino: dimostrazione evidente che l'incisione del rene sarebbe insufficiente perche non aprirebbe tutte le cavità. La nefrectomia è la sola da praticarsi, e la eseguì nella sua malata morta dopo varî mesi per generalizzazione polmonare. Bazy non discute la quistione di priorità per la nefrectomia; tutto sta nella conoscenza delle condizioni dell'altro rene, ed il cateterismo ureterico non è sempre preconizzabile. D'altronde occorre l'anestesia locale o generale il più delle volte e la cistoscopia non ragguaglia sempre. Non crede che il cateterismo sia senza pericoli sempre — perchè può aversi inoculazione, traumatismo. Con la prova del bleu di metilene si è meglio istruiti e lo prova con tre casi a lui occorsi.

Poirier a riguardo dell'*asepsi operatoria* dice che non crede necessario l'uso di guanti quando si dissecano cadaveri, perchè questi sono iniettati. Facendo pure delle esperienze non ha trovato culture eccetto ove il cadavere presentava macchie nerastre o flittenulari. Se ne ha anche la prova dalle numerose punture anatomiche senza eccidenti consecutivi. Egli operando dopo di essere stato nell' anfiteatro non ha avuti accidenti. Di più ritiene che le mani macerate in soluzioni d' acido fenico o di cloruro di zinco sono spogliate dalle loro impurità naturali e quindi proprie. Picqué

dice che un chirurgo straniero gli diceva: mio cognato è professore d'anatomia e chirurgo d'ospedale: Dalle sette alla nove di sera e dalle nove alle undici opera ed i suoi malati guariscono (1). Pur tuttavia quando egli (Picquè) tocca del pus si astiene per qualche giorno da laparotomizzare. I nostri spedali pure rispondono alle leggi dell'asepsi ed antisepsi.

Pousson presenta un rene colpito da *pielo-nefrosi da colibacillo* tolto ad un uomo di 56 anni che dopo un coito ebbe una prima ematuria che poi si ripetè. La cistoscopia gli fece scoprire una massa nerastra che crede un neoplasma. Con la cistotomia vide essere un grumo nerastro. Fece allora la nefrectomia. Monod ha un caso simile a quello del Monod. Routier in un caso fece la nefrotomia, ed altrettanto Pothérat. Il Pousson ne ha varî casi.

Guinard presenta un ferito della battaglia di Magenta il quale con una *lesione omerale* reclamò varie operazioni, il cui risultato fu l'asportazione completa dell'omero. Kirmisson fa vedere un bambino con *ascessi e pleurite* da appedicite. Loison un *varicocele* operato con la resezione della spermatica interna e Routier un operato di *ciste idatica* del fegato con asportazione.

Seduta del 13 *giugno* 1900. — Tuffier parla sulla *cura della tubercolosi renale* e dice che per ciò che concerne la diagnosi dell'unilateralità delle lesioni per la cura operatoria crede, come Bazy che si può fare a meno del cateterismo degli ureteri. L'esame dell'orina e l'uso del bleu di metilene bastano infatti a determinare il valore fisiologico del rene, e, secondo lui non si deve usare il cateterismo ureterico che nei casi eccezionali nei quali tutti gli altri mezzi di diagnosi sono rimasti insufficienti. Routier considera il cateterismo degli ureteri come un mezzo prezioso, al quale vi si può rivolgere come ultima risorsa. Il solo rimprovero possibile è nella difficoltà che di frequente solleva il suo uso, e che ne fanno appunto un processo di escrezione. Questo cateterismo d'altronde non pare presenti tutti quei pericoli di cui è accusato; mai, nei malati che l'hanno subìto ha osservati gli accidenti imputatigli. Ricard in 4 nefrectomie ha avuto 4 successi duraturi anche in un caso che l'altro rene era malato e migliorò. Albarran non crede che il cateterismo ureterico debba essere un processo di escrezione, perchè solo permette di stabilire le condizioni dei reni. È vero che talora presenta delle difficoltà, ma può affermare che si sormontano conoscendo bene la tecnica ed avendo fatto delle prove.

In quanto all'esperimento del bleu di metilene alla Achard e Castaigne non merita una confidenza assoluta. Paragonando i resultati ottenuti da uno stesso malato col cateterismo ureterico e con la prova del bleu di metilene ha potuto assicurarsi che questo conduceva spesso a conclusioni erronee relativamente alle lesioni di ciascun rene, mentre quelli del cateterismo sono di un rigore matematico. Non vi è dunque da esitare.

Nélaton parla su di un *nuovo processo di rinoplastica* per i casi nei quali il naso è distrutto. Egli ha immaginato un processo mercè il quale si può rifare lo scheletro nasale, a condizione che vi siano almeno 5 o 6 mm. dell'ogiva costituita dalle ossa proprie del naso. Per questo basta

(1) Questo anatomico chirurgo fa molto male. Poirier parla e differenzia i cadaveri [illegible] ma l'altro no. O fare il chirurgo o l'anatomico. Le due funzioni sono inconciliabili. Spero che questo chirurgo non sia un Italiano. A. Ceccherelli

staccare con la sega un lembo osteo-periosteo comprendente una porzione del tavolato esterno del frontale e ciò che rimane della sporgenza formata dalle ossa proprie del naso; si termina d'isolare questo lembo con un colpetto di scalpello applicato da ciascun lato, ed è allora facile di rovesciarlo come una specie di mentoniera mobile sù di una doppia cerniera laterale; si ottiene così un telaio osseo che assicura la forma e la solidità del naso ricostituito. L'ha eseguita in un giovane con ottimo resultato.

MIGNON comunica un caso di *cisti idattiche multiple* del fegato, del grande epiploon, del mesocolon trasverso, milza, diaframma e piccolo bacino.

GALEZOWSKI legge un'osservazione da *cisticerco della macula* impiantato nella retina.

Seduta del 20 *giugno.* — ROCHARD a nome di MORESTIN presenta un caso raro di *occlusione intestinale* che riguarda una multipara di 29 anni, i cui antecedenti non ricordano che una appendicite nel 1895. Nel 1898 una seconda gravidanza durante la quale comparve albumina. Presa da cefalalgia, dolori al ventre e vomiti partorisce il 26 aprile e subito dopo compaiono dolori in corrispondenza ed al di sopra dell'ombelico. Si constata oltre a sinistra della linea mediana una tumefazione resistente, arrotondata dolorosa e sonora. Eseguita la laparotomia, si trova un'ansa intestinale attorcigliata su sè stessa. Tolto questo si constata un'altra causa di strangolamento dovuta al passaggio di quest'ansa attraverso un orificio del suo mesenterio. Sbrigliamento, sutura e guarigione.

BAZY parla sulla *cura chirurgica della tubercolosi renale.* Comincia col protestare contro alcune osservazioni di Albarran, e cioè intorno alle difficoltà del cateterismo ureterico che esistono, e che ha riconosciute anche Routier. Una laparotomia esplorativa è meno grave di un catetere che attraversa una vescica infetta. Non è possibile questo cateterismo negli individui con restringimento uretrale, e nei bambini, nei quali la tubercolosi è pure possibile. Il cateterismo è pericoloso, e lo provano storie di allievi di Albarran, il quale può affermare che è superfluo nelle idronefrosi semplici, che è prescelto nelle ritenzioni settiche.

Dunque anche Albarran ha cambiato opinione. Egli persiste nella idea che questo mezzo è di difficile applicazione, pericoloso e non necessario.

BROCA a nome di CHIAVENNA presenta l'osservazione di un caso di *torsione epiploica in un sacco erniario* di un giovane affetto di idrocele, al di sopra della quale esisteva una grossa massa pastosa in parte irreducibile. Fatta l'incisione dei tegumenti, si trova una frangia epiploica, la porzione inferiore si era arrotolata su sè stessa, ed era aderente in un sacco di ciste del cordone.

PAUCHET fa una comunicazione su di una *asportazione di stomaco* con innesto del cardias al duodeno.

LASQ invia una nota su di un processo di *resezione postero-laterale dello scroto e delle vene* nel varicocele doloroso.

MIGNON presenta un malato che aveva subita la *amputazione sotto-astragalica.*

REYNIER un *calcolo estratto dal coledoco* e MONOD un'*appendice.*

SOCIETÀ DI CHIRURGIA DI LIONE.

Seduta del 10 *maggio* 1900. — NOVÈ-JOSSERAUD presenta una giovinetta di 15 anni, la quale aveva un'*anomalia di posizione dell' omoplata per contrattura del romboide.* FOCHIER ha veduto delle contratture isolate del trapezio.

FOCHIER fa vedere una *idro-salpingite peduncolata e torta sul suo peduncolo* stata estirpata. Le sezioni istologiche non permettono di ritrovare l'epitelioma, ma presentano uno strato muscolare che dimostra la sede tubaria della raccolta. GONLLIOUD fa rilevare l'interesse di questo modo di obliterazione della tromba. È intervenuto una volta per salpingo-cavità torta sul suo peduncolo. La donna aveva nel tempo stesso un grosso fibroma, e la castrazione bilaterale lo fece retrocedere.

Seduta del 17 *maggio* 1900. — VALLAS. *Le indicazioni terapeutiche dell'appendicite.* Dopo avere riportato una statistica propria e una di Claudot fatta nell'esercito, viene alle seguenti conclusioni: 1.° Vi è un gran numero di appendiciti benigne che sono curabili con un trattamento medico 2.° In presenza di un'appendicite con sintomi serì, la questione dell'intervento deve essere immediatamente esaminata con cura. Necessita l'esplorazione rettale indicante se vi sono delle funzioni pelviche che rendono peggiore il pronostico. 3.° Allorquando sembra che una laparotomia s'imponga ad un dato momento, si deve operare immediatamente senza aspettare il domani. 4.° L'estirpazione dell'appendice a freddo è un'eccellente operazione.

NOVÈ-JOSSERAUD. Crede che nella maggior parte dei casi nell'appendicite sia indicato un intervento chirurgico, ma non si deve consigliare di operare appena che si è parlato d'appendicite. Il chirurgo ha il diritto ed il dovere di scegliere il momento dell'operazione e pare che in certi casi vi sia un reale vantaggio ad aspettare. Sarebbe comodo di applicare una formola assoluta ma in presenza di un'affezione che ha tante forme svariate, bisogna tener conto del caso particolare.

SOCIETÀ NAZIONALE DI MEDICINA DI LIONE.

Seduta del 28 *maggio* 1900. — LEPINE *Opportunità dell'intervento chirurgico nei diabetici.* Crede che si possano operare i diabetici, ma vi sono tuttavia due pericoli: l'anestesia e lo choch operatorio e cita il caso di un uomo di 50 anni cui era stata fatta un'amputazione per gangrena del piede. Dopo l'operazione lo zucchero crebbe ed apparve l'acetone nelle orine che prima non esisteva. il paziente morì dopo 8 giorni.

GRANDELEMENT. Prima di operare la cateratta diabetica prende le seguenti precauzioni: 1.° Dà al malato da 15 a 20 gr. di bicarbonato di Na ogni giorno per un mese. 2.° Somministra 5 gr. di antipirina per giorno durante i cinque giorni che precedono l'operazione. 3.° Lava l'occhio col cianuro di Hg. prima dell'operazione.

PONCET ha diviso gli operati in due categorie, quelli in cui i fenomeni post-operatori sono normali e quelli in cui sono anormali Questa divisione

l'ha indotto a non operare gli antraci nei diabetici, perchè ha visto i malati soccombere più presto Conosce dei casi d'antrace della nuca presso i quali l'astensione è stata seguita da guarigione e altri nei quali l'operazione ha condotto alla morte.

Lepine. Crede che si debba tenere in grande considerazione lo stato nervoso dei diabetici che si debbono operare.

Germania.

Società Medica di Berlino.

Seduta del 23 e 30 *maggio* 1900. — Klemperer parla sulla *cura della malattia di Basedow.* Su 177 casi curati chirurgicamente si hanno 102 guarigioni e 24 decessi, cioè una mortalità del 13,5 %. Conviene quindi usare nella maggioranza dei casi cure mediche varie, come la superalimentazione, l'idroterapia, la faradizzazione, ioduro di sodio, la tiroidina. Ewald trova utile anche la cura delle altezze; Senator gli arsenicali; Oppenheim reputa nociva la tiroidina. Karewski su quattro operati ha avuto tre guarigioni.

Ewald. *Cura del cancro dell'esofago con la canula a permanenza.* L'O. comunica il caso di un uomo di 64 anni affetto da un cancro dell'esofago situato all'altezza della biforcazione della pratica. Mediante un conduttore si era fatta passare una canula per il lume ristretto dell'esofago. Con questo espediente si è potuto ancora alimentare il malato con cibi liquidi che prima non passavano. L'Ewald però non crede in generale di seguire l'abitudine del Curschmann di non aspettare ad introdurre la canula quando i liquidi stessi non sono più inghiottiti perchè allora è troppo difficile di farla passare in causa della troppa irregolarità che presenta il canale. I soli casi favorevoli sarebbero i cancri scirrosi, le pareti dei quali sono relativamente regolari. Del resto bisogna convenire che questa canula talvolta provoca dei dolori tali da essere obbligati a ritirarla ed una volta fu osservata la perforazione dell'esofago in seguito alla pressione da essa prodotta.

Renvers fa osservare che nel cancro dell'esofago la difficoltà della deglutizione dei liquidi è data sopratutto dallo stato d'irritazione della mucosa dell'esofago al disopra del punto ristretto. Bisogna cominciare a guarire questa irritazione tenendo il malato alla dieta assoluta per 24 ore durante le quali si fa uso di morfina e cocaina.

Leyden dice di avere ottenuto dei buoni risultati con la canula a permanenza, però ha osservato che il miglioramento dura fino a che l'ammalato rimane nell'ospedale e cessa quando torna a casa propria. In un caso essendosi rotti i fili che fissavano la canula, questa non potè più essere ritirata ed il malato visse ancora due mesi senza che la presenza di questo corpo estraneo lo incomodasse.

Rosenheim. Crede che si possa rimediare in molti casi alla disfagia mediante l'anestesia locale che si ottiene con l'eucaina e la morfina. Dopo di essere ricorso alla canula a permanenza vi ha rinunciato perchè i vantaggi non gli sono sembrati superiori agli inconvenienti e ai pericoli. In un caso, essendosi rotti i fili, si dovette ritirare la canula con l'aiuto dell'esofagoscopio.

FRAENKEL. Si associa alle opinioni di Renver o di Leyden.

LOHNSTEIN parla sulla *cura dei restringimenti dell'uretra* e dice che usa l'uretrotomo di Bottini riscaldato a vaso. Con questo mezzo in 17 malati non ebbe recidiva. FRENNDENBERG dice che Middeldorpf da un processo analogo non ricavò benefici. RUTNER pensa che la dilatazione progressiva è il miglior mezzo, e non comprende il metodo di riscaldare a rosso l'uretrotomo

Inghilterra.

SOCIETÀ CLINICA DI LONDRA.

Seduta dell' 11 *maggio* 1900. — BATTLE comunica tre casi di *coledocotomia,* nei quali la vescichetta biliare, dopo la sua apertura ed il vuotamento del suo contenuto, è stata sempre suturata alla parete addominale e fognata. BLAND-SUTTAN in un caso vide il calcolo incuneato nella porzione terminale del canale e sporgere nell'intestino. Fu estratto incidendo il duodeno, che dopo fu suturato, e la parete addominale chiusa dopo avere fatta passare una striscia di garza vicino al duodeno. Il malato guarì.

Seduta del 25 *maggio.* — BARKER comunica un caso di *gastro-enterostomia seguita da pilorectomia per cancro* in una donna di 55 anni. La pilorectomia venne eseguita cinque settimane dopo la gastro enterostomia retrocolica con bottone di Murphy. Sopravvivenza di un anno.

PASTEUR presenta un caso di *malattia di Basedow con bradicardia* in una donna di 67 anni. Alla necroscopia non fu trovata atrofia della tiroide, ma infiltrazione considerevole di piccole cellule rotonde a lato delle parti sane.

RIVISTA DEI GIORNALI DI CHIRURGIA

Archivio italiano di ginecologia, N. 2, 30 aprile 1900.

CATURANI. — *Indicazioni ginecologiche della sterilizzazione della donna.* Studia i varî casi in cui si deve praticare la sterilizzazione della donna e conclude: 1.° *nelle stenosi pelviche assolute* se non espone ad ogni gravidanza la donna a gravi pericoli operativi è quando la donna stessa la chiede per non esporsi a continue operazioni; *nelle gravi distocie uterine durante il parto,* riferisce un caso del Bertazzoli di una donna che per tre parti fu in pericolo di vita per secondamento distocico e di due casi analoghi dello Spinelli in cui egli la eseguì; 3.° *prolasso genitale,* considera come la chirurgia conservatrice in questi casi non ha ancora raggiunto lo scopo e collo Spinelli consiglia la sterilizzazione tanto più tenendo conto dell' età in cui suol verificarsi il prolasso; 4.° *retroversione uterina:* in questo caso la dice ingiustificata e consiglia gli altri processi (Alexander, ecc.); 5.° *distocie consecutive ad operazioni sul collo.* A complemento delle operazioni sul collo consiglia la sterilizzazione per ovviare ai gravi inconvenienti che darebbero le cicatrici sull'epoca del parto.

Annals of Surgery, N.° 6.

Duncham. — *Il conteggio dei leucociti in chirurgia.* La diagnosi di leucocitosi può coll'indicare l'esistenza d'una suppurazione rendere servigi in chirurgia fornendo le indicazioni per l'intervento. Nelle suppurazioni è molto utile la colorazione colla jodina, che manca solo negli ascessi tubercolari, mentre vi è sempre negli ascessi acuti. Conclude che quando questa reazione è molto viva può esser certa la diagnosi di suppurazione progressiva Ne ricorda alcuni casi clinici.

Mac Laren. — *Permanente (congenita) lussazione della rotula.* Ricordato a cosa in generale sono dovute queste deformazioni, ne riferisce la storia di un caso, ne ricorda i metodi curativi e descrive quello da lui usato nel suo caso, che consiste nel liberare la rotula estesamente dagli ostacoli che le impediscono di assumere la posizione normale e nel fissarlo pel bordo interno nella sua posizione.

Ryorson Fowler. — *Amputazione interscapulo-toracica per osteomielite dell'omero.* Narrazione dettagliata di un caso clinico, ricorda in ultimo l'A. brevissimamente 5 casi di eguale trattamento pubblicati finora.

Murray. — *Medicazione tiroidea sul trattamento delle riunioni tardive delle fratture.* Riporta accuratamente la letteratura e riferisce tutti i tentativi fatti in proposito, aggiunge un suo caso personale in cui dieci mesi dopo la frattura si dovette fare la sutura dei monconi, due mesi dopo non essendosi avuta riunione dei monconi, constatata coi raggi X, incominciò la cura tiroidea che durò due mesi in seguito ai quali coi raggi X constatò che attorno alla sutura si era formato un callo buono. Il risultato fu così rapido che l'A. inclina a credere che la medicazione tiroidea abbia accelerato un processo di guarigione forse già iniziato.

W. Bovée. — *Splenectomia per ipertrofia congestizia.* Studia prima le cause d'ipertrofia della milza che possono giustificare la splenectomia, in quali casi essa dà speranza di successo ed in quali la mortalità è forte. Grande influenza sui risultati ha lo stato generale del paziente, è pericolosissima la grave cachessia. Riporta un caso di ipertrofia da malaria operato con successo, riporta pure gli esami del sangue prima dell'operazione: globuli rossi 3.500.000 e 28 giorni dopo 4.192.000.

Weidmar. — *Operazione in un caso di ernia largamente incurvata su lunga stazione in piedi.* Riporta il caso.

Fuller — *Trattamento radicale della curvatura del pene.* Riferisce un caso di curvatura del pene consecutiva ad un uretrotomia interna per restringimento da gonorrea. Era impedito il coito, difficile la minzione. Fu operato di plastica e guarì perfettamente.

Lewis. — *Caso di estrofia della vescica con considerazioni sul trattamento operativo di esso.* Espone il caso, divide le operazioni finora proposte in due classi: plastica della vescica e deviazione dei canali urinari. Fra i primi si occupa specialmente del metodo di Maydl e fra i secondi di quello di ...ck L'A. ritiene che il miglior metodo e quello che ha dato i migliori risultati finora sia quello di Maydl.

...iste de Chirurgie. N.° 5-6 *maggio* e *giugno* 1900.

Jovitzu e Mihailescu. — *Studio sopra la commozione cerebrale.* È un lungo ed accuratissimo studio che l'A fa di questa forma morbosa e con-

clude dicendo che esso consiste nella sospensione o abolizione completa o incompleta totale o parziale della vita di relazione dovuta ad una deviazione della attività nervosa sotto l'influenza di un trauma che agisce di causa occasionale.

COHN. — *Estirpazione di tumori primitivi del nervo ottico con conservazione del globo oculare previa resezione temporanea della parete orbitale esterna.* L'A. fa precedere la letteratura accurata di tali interventi, descrive quindi la tecnica operativa seguita dal prof. Jonnesco che consiste in un'incisione ad U nelle regioni temporali aperte all'indietro, sollevando così il lembo osteo-cutaneo e penetrando direttamente nella cavità orbitaria attraverso la parete esterna. Riferisce poi la storia di due casi dettagliatamente corredati dagli esami macro e microscopico del tumore e oftalmoscopico, operati l'uno il settembre 98, l'altro il febbraio u. s.

BARDESCU. — *Corpo straniero nell'esofago (moneta) estratti per le vie naturali col paniere di Graeffe.* Riferisce tre casi uno di 2 $^1/_2$, l'altro di 3, e il terzo di 14 anni, i quali avevano inghiottiti rispettivamente i primi due una moneta di 5 bani e il terzo di una di 10 le quali vennero estratte dall'esofago previa narcosi col paniere di Graeffe.

DRAGHIESEN e CRISTEANN. — *Distocia prodotta da una ciste della parete posteriore della vagina.* Caso clinico.

DRAGHIESEN e CRISTEANN. — *Un caso di errore nella diagnosi di cordone laten procidente.* Caso Clinico.

GOILRO. — *Un caso letale con iniezioni di cocaina nel canale rachidiano.* Era stato iniettato $^1/_2$ centgr. di cocaina di soluzione all'1 $^0/_0$. Due ore dopo l'iniezione comparvero i disturbi.

POTAIN. — *Epatite acutissima suppurata ed operata.* Caso clinico.

BARGHELE — *Aneurisma diffuso primitivo prodotto da rottura della femorale.* Caso clinico.

JONNESCO. — *Splenectomia.* Casi clinici.

Revue de Chirurgie, N. 6, 10 giugno 1900.

R. DE BOVIS. — *Il cancro dell'intestino crasso, eccettuato il retto.* (Lavoro in corso di pubblicazione).

MAURICE PERAIRE. — *Dei polipi fibrosi intermittenti del retto.* L'A. prende occasione da un caso occorsogli per scrivere un capitolo dettagliato e completo sull'argomento. In quanto alla cura è partigiano dell'estirpazione col coltello e non col termocauterio, o coll'ecraseur, come si praticava una volta pel timore dell'emorragia.

B. KOZLOVSKI. — *Le osteomieliti croniche proliferanti delle ossa.* L'A. riporta parecchi casi da lui osservati e mette in guardia contro la possibilità di errori diagnostici; perchè questi processi infiammatorì cronici possono essere facilmente confusi col sarcoma dell'osso, non solo all'esame esterno, ma anche coll'esame istologico di frammenti asportati. In questi casi dubbî, ed in cui è tanto necessaria la diagnosi esatta per un utile intervento, bisogna ricorrere all'analisi bacteriologica.

E. REIMONS. — *Compressione del peduncolo di un rene mobile dovuta alla vescicola biliare litisiaca e distesa.* Caso clinico.

LEONE THEVENOT. — *Gli endoteliomi delle ossa.* È uno studio istologico

clinico accurato di questi tumori, che prendono sviluppo dall'endotelio dei vasi delle ossa. L'A. fa giustamente notare che molti di essi furono descritti sotto il nome di aneurismi delle ossa.

Archives Provinciales de Chirurgie, N. 5 e 6, maggio e giugno 1900.

Vidal. — *Alcuni casi di Chirurgia renale. Nefrostomie e Nefrolitotomie.* Sono quattro casi clinici. Afferma di essersi trovato contento della marsupializzazione.

Jeamel. — *Patologia chirurgica del duodeno.* Rivista sintetica in corso di pubblicazione.

Andry. — *Di una gomma tubercolare dell' aponevrosi antibronchiale.* Caso clinico.

Condamia e Voron. — *Contributo allo studio delle pseudo-appendiciti.* Sono tre casi clinici.

Viannay. — *Condromielite tifoidica delle pareti toraciche.* Due casi clinici.

Carrireè e Vanverts. — *Studio critico e sperimentale sulla sterilizzazione delle spugne.* Da uno studio accurato risulta che l'acqua ossigenata è metodo di elezione per la sterilizzazione delle spugne.

Dupraz. — *Incrostazione del canale dell'uretra con sali di calce.* La dilatazione agendo meccanicamente e la dissoluzione per azione chimica furono mezzi che servirono per ottenere la guarigione.

Jeannel — *Patologia chirurgica del duodeno.* (In corso di pubblicazione).

Délagénière — *Statistica delle operazioni eseguite a Mans del 1 gennaio al 31 dicembre 1899.*

Condamine e Varon. — *Contributo allo studio delle fistole intestino-vaginali dopo le operazioni per la vagina. Spontaneità della loro guarigione.* Sono 39 osservazioni, dalle quali trae le seguenti conclusioni: 1.° le fistole intestino-vaginali sono accidenti abbastanza frequenti in conseguenza delle operazioni negli organi del piccolo bacino. 2.° Sono dovute ad un trauma o succedono alle lesioni intestinali conseguenza della lesione causale. 3.° Queste fistole sono quasi sempre benigne e guariscono spontaneamente in un lasso di tempo in generale breve. 4.° Nei casi rari, nei quali la fistola persiste, si interverrà *a)* cauterizzando il tramite fistoloso, *b)* suturando la fistola intestinale dopo la laparotomia. 5.° La benignità delle fistole intestino-vaginali messe in rapporto con l'uguale frequenza o la maggiore gravità delle fistole stercoracee, consecutive alla laparotomia, costituisce un argomento serio in favore del metodo vaginale.

Annales des Maladiés des Organes génito-urinaires, n. 6 giugno 1900.

Brissen. — *Cistoscopia sperimentale sulle vesciche fantasmi.* Studi sperimentali.

Pasteur. — *Nota sulle candelette conduttrici sulle sonde Beniguè e gli uretrotomi.* Lo scopo è che la candeletta non si fletta al punto d'unione della porzione flessibile; conviene rafforzare la porzione flessibile che si inserisce all'imbuto metallico.

Alglave. — *Estrazione dall' uretra di un corpo estraneo molle e natante in vescica.* Caso clinico. L'aspirazione ritiene che sia il metodo di elezione.

Alglave. — *Osservazioni d'emorragia dovute a false strade nella prostata.* Furono curate e guarite con la sonda a permanenza e l'aspirazione dei coaguli.

Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale, n. 3 maggio e giugno 1900.

GALVANI. — *Il fibro-mioma uterino doloroso.* Conclude: 1.° Che l'elemento dolore, poco importante, in generale, nel fibro-mioma uterino è mancante la maggior parte del tempo, qualunque sia la forma del mioma: sotto-peritoneale, parenchimatoso, sotto-mucoso ed intraligamentoso, può, in certi casi, rivestire i caratteri di un'importanza tale, che può divenire il sintomo predominante, preoccupante la malata ed imponendo l'intervento nei casi, nei quali avrebbe potuto essere differita. 2.° Che quest'elemento doloroso può presentare e complicare il mioma senza che la sua comparsa possa essere attribuita a delle alterazioni patologiche sopraggiunte, che si possono o meno constatare, ma che, in altri casi, verosimilmente i più numerosi, questi dolori intensi possono essere riferiti a delle alterazioni sopraggiunte a degli accessi e di cui la più frequente è forse la salpingite.

ZIMMERN. — *Cura dei fibromi con l'elettricità.* La cura elettrica è una risorsa di un'efficacia quasi certa e di un'innocuità assoluta, se non si sottomettono alla sua azione indistintamente tutti i casi, se si obbedisce scrupolosamente alle indicazioni ed alle regole operatorie, se non gli si domanda che quello che può dare. Senza avere la pretenzione di volersi sostituire alla chirurgia, l'elettroterapia non domanda che di rimanere al suo fianco un utile ausiliario, e pare che adesso abbia fatto le sue prove.

LEGNEN e CABANIOLS. — *Patogenesi delle cisti tubo ovariche.* L'aderenza del padiglione della tromba alla superficie della ciste, la rottura della sacca nel centro del padiglione, presenza delle frangie alle superficie delle cisti si realizzano in condizioni assolutamente identiche, ed in un ordine di connessione assolutamente simile.

BRONHA. — *Contributo allo studio degli endoteliomi dell'ovaio.* Caso clinico.

NENGEBAUER. — *Quarantaquattro errori di sesso rivelati dall' operazione* Descrizione.

HALLOT. — *Studio delle ernie ombelicali congenite nel periodo embrionale.* Conclude: 1.° Gli involucri delle ernie ombelicali congenite sono costituite dall'amnios ed il peritoneo, separati da uno strato di gelatina di Warton. 2.° Le ernie embrionali dell'ombelico cutaneo, mantenuto aperto dalla presenza di anse intestinali o del fegato: *a)* il canale onfalo-mesenterico può persistere anormalmente dopo il terzo mese della vita intra-uterina e mantenere al di fuori dell'addome l'ansa intestinale, sulla quale si inserisce. La fossetta ombelicale si distende man mano che l'intestino cresce e forma la cavità erniaria. *b)* Delle anomalie nello sviluppo del fegato possono così mantenere l'anello ombelicale largamente aperto e dare produzione ad un exomfalo embrionario. 3.° Bisogna sempre intervenire, a meno che il feto non sia vitabile, sia perchè nato avanti termine, sia perchè è portatore di altre deformità incompatibili con la vita; quando lo sventramento è troppo considerevole, l'astensione è regolarmente indicata. 4.° L'intervento dovrà essere fatto il più presto possibile dopo la nascita. Non si aspetterà la peritonite consecutiva allo sfacelo degli involucri. 5.° Se si trova nelle condizioni convenienti di mezzo ed assistenza, si ricorrerà sempre al metodo della cura radicale, che è la più razionale.

Annales de Gynécologie et d'Obstètrique, giugno 1900.

HIMMELFARB. — *Della Kraurosi della vulva.* È la retrazione degli organi genitali esterni della donna, di cui descrive un caso che guarì con l'ampia escisione della vulva.

CLAISSE. — *Sviluppo degli adeno-miomi uterini di natura inflammatoria.* Ammette oltre l'origine infiammatoria anche quella congenita.

RIES. — *Amputazione spontanea delle due trombe di Falloppio.* Caso clinico.

COUVELAIRE. — *Strangolamento del cordone ombelicale per una briglia amniotica che formava attorno tre giri ed un nodo.*

Centralblatt für Chirurgie, n. 22-23-24-25 26.

KOSSMANN. — *Di un nuovo mezzo per la sterilizzazione delle mani e del materiale da operazioni col chirolo.* È preparato da Riedel di Berlino, ed a quanto narra l'Autore darebbe eccellenti resultati, migliori a quelli del lisolo, formalina, sublimato.

HILDEBRAND. — *Le lussazioni congenite dell'anca nelle immagini stereoscopiche di Röntgen.* È la descrizione dell'apparecchio fabbricato da Max Wagner di Hamburg.

STICKER. — *Controllo degli apparecchi di sterilizzazione a vapore.* Il quesito è della durata delle alte temperature, e quindi la necessità di un apparecchio di controllo, che ha costruito Lautenschläger.

HILDEBRAND. — *Una modificazione del bottone di Murphy nella gastroenterostomia.* Una parte del bottone, e cioè quella che immette nello stomaco, è più piccola, per impedire che vi cada e vi rimanga.

Beitrage zur klinischen Chirurgie, 26.° Vol., 3.° Fascicolo e Supplemento.

XXII. LINDNER. — *Sul trattamento chirugico della colite cronica e dei suoi esiti.*

L'A. riferisce due casi di ascite colica da lui guariti con trattamento operativo.

XXIII. MAIER — *Un carcinoma primario mielogene ad epitelio piatto dell'ulna* (*Clin. chir. di Zurigo,* prof. KRÖNLEIN).

L'A. impugnando la teoria del Cohnheim che traumi non possono dare che congestioni od infiammazioni, espone una nuova ipotesi sulla origine traumatica dei tumori delle ossa, i quali così non sarebbero già tutti secondarî, come li vuole lo Ziegler, ma potrebbero essere anche primarî, ed in questo caso da lesioni traumatiche.

XXIV. WÜRZ. — *Sopra l'origine traumatica dei tumori* (*Clin. Chir. di Tubinga,* prof. BRUNS).

L'A. riportando una statistica di molti casi, sia di tumori benigni; — fibromi, lipomi, osteomi ed esostosi, angiomi, adenomi — che maligni — carcinomi e sarcomi — in tutto, 714 tumori di cui 19 sono, con grandissima probabilità, originati da trauma. Suffragando l'ipotesi del lavoro precedente, l'A. afferma doversi, nella etiologia varia ed incerta dei tumori, tener calcolo molto anche dei traumi.

XXV. HAHN. — *Sopra un caso di carcinoma della pelle del capo di origine traumatica* (*Clin. di Tubinga,* prof. BRUNS).

È un caso riportato per illustrare la tesi esposta nel precedente articolo del Würz.

XXVI. LINSER. — *Sopra la calcificazione dell' epitelioma e dell' endotelioma* (*Clin. Chir. di Tubinga*, prof. BRUNS).

L'A. illustra due casi: uno di endotelioma dato da proliferazione dell'endotelio dei capillari e consecutiva calcificazione delle cellule del tumore. uno di epitelioma che passò ad esito di calcolosi: ambedue li ritiene tumori benigni.

XXVII. LINSER. — *Sopra un caso di sarcoma della pelle con insolito forte raggrinzamento* (*Clin. Chir. di Tubinga*, prof. BRUNS).

Si tratta di un sarcoma della pelle che presenta un enorme raggrinzamento non ancora mai osservato clinicamente, ed al microscopio dà il reperto di degenerazione fibrosa agli ultimi stadî. Il raggrinzamento ha seguito nella neoformazione lo stesso processo che nelle cicatrici, cioè per via di una modificazione avvenuta nel tessuto connettivo. Questa modificazione decorre parallela collo sviluppo fisiologico delle cellule connettivali, e consiste in una contrattura elastica delle fibrille neoformate sotto il dissecamento del rimanente tessuto.

XXVIII. WYSS. — *Sull'atresia duodenale congenita* (*Dalla Clin. Chir. di Zurigo*, prof. KRÖNLEIN).

L'A. riporta e descrive tre casi di atresia congenita del duodeno. Dopo aver escluse tutte le condizioni dichiarate dai varî autori quali cause di atresia intestinale come la permanenza del dotto onfalo mesenterico, tumori, catarro intestinale, trombosi, embolia, ecc., l'A. dimostra trattarsi qui di un arresto di sviluppo del sistema circolatorio, cui si debbono imputare le dette anomalie di struttura.

XXIX. WUTH. — *Sull'alcolterapia dell'angioma cirsoideo* (*Clin. Chir. di Monaco*, prof. ANGERER).

Siamo debitori dell' impiego delle iniezioni sottocutanee di alcool allo Schwalte, il quale con ciò ottiene la retrazione del tessuto connettivo, ed indirettamente la guarigione delle malattie dei vasi: varici, aneurismi, varicoceli, telangiectasie, emorroidi.

L'A. applicò questo metodo razionale alla cura dell'angioma cirsoideo, ed avendene ottenuto brillante esito in due casi che descrive, lo raccomanda a preferenza dell' atto operativo, il quale espone a pericoli non sempre prevedibili.

XXX. MAHLER. — *Sopra i casi di carcinoma della mammella curati nella clinica di Heidelberga negli anni 1887-1897* (Clin. del prof. CZERNY).

Sono 11 casi non operati; 2 morti in seguito all'operazione; 114 casi operati non guariti; 34 di guariti e viventi o morti senza recidiva e metastasi.

XXXI. WUNDERLI. — *Sopra l'infezione batteriologica delle cisti ovariche* (*dall'ospedale di Münsterlingen*, dott. BRUNNER).

È una paziente monografia sul tema della suppurazione delle cisti ovariche, che sino ad ora non fu trattato che piccolissime volte. Dopo una serie di colture e di iniezioni sugli animali l'A. trovò l'elemento infettivo

essere un bacterio appartenente al gruppo del Bacterium coli. Per l'etiologia descrive casi in cui l'infezione della cisti ovarica originò dalla puntura, oppure dalla presenza di processi infiammatorì provenienti dall'apparato genitale, o sviluppati in seguito a tifo. Casi infine di infezione spontanea, in seguito al ripiegarsi eventuale della cisti nel suo asse.

Supplemento: CZERNY e MANWEDEL. — *Rendiconto della Clinica Chirurgica di Heidelberg nel 1898.* È un importante rendiconto della Clinica del Prof. Czerny, che riguarda 2633 malati con un totale di 1858 operazioni.

RASSEGNA DELLA STAMPA

MARIAU. — *Sull'asepsi delle mani del chirurgo. Società centrale di medicina del nord* (Sed. 25 maggio 1900). Consiglia ai chirurghi di inverniciarsi le mani con la vernice da quadri n. 3 dei fratelli Soehnée; questa vernice ha delle qualità asettiche, è idrofuga, molto adesiva, rapidamente si secca ed è molto elastica in modo che non dà alcun fastidio nei movimenti. Queste qualità furono dimostrate anche mediante esperimenti intrapresi dall'A.

Una lavatura col sapone, poi un'altra con l'alcool permette di liberarsi di questo strato di vernice, la quale può rimanere aderente alla pelle un tempo molto lungo, dalle 4 alle 6 ore.

CAVAZZANI GUIDO. — *Sulla terapia del noma* (*Rivista Veneta delle Scienze Mediche*, N.° 11 1900). Trova molto utile l'uso delle applicazioni di acido nitrico ripetuto ogni giorno. Bisogna però attraversare le escare voluminose e pendenti per allontanare le infezioni generali e l'inquinamento gastrico. Così pure si allontanano i pezzi d'osso necrotici. Sono pure necessarie irrigazioni in bocca in qualsiasi modo eseguito, e più che tutto sorvegliare a che non avvenga il serramento delle mascelle o gravissime deformità. Difficili sono le plastiche, le quali lasciano sempre una grande deformazione permanente.

JANNI. — *Modificazioni delle pareti delle vene nelle varici* (*Archiv. für Klinische Chirurgie* Band LXI. pag. 12, 1900). 1.° Nelle vene varicose si osservano non solo delle modificazioni regressive prodotte dalla distensione delle pareti, ma ancora, abbastanza spesso, una neoformazione connettivale che occupa principalmente la tunica interna e si presenta sotto forma di noduli o di placche. 2.° In corrispondenza di questa endoflebite midollare od a placche si trova la tunica interna divisa: *a*) in fibre elastiche sottili; *b*) in membrane. 3.° All'altezza ove si trovano questi noduli o queste placche di endoflebite, lo strato interno della tunica media presenta pel solito una neoformazione del tessuto connettivale.

MEIER. — *Embolie d'aria nelle operazioni sul seno della dura madre* (*Dalla Società Medica di Madeburgo*). Esse sono state raramente osservate ma riconosciute assai pericolose come lo provano un caso di morte di Kuhn e una osservazione personale di Meier. Questi, avendo tolto un sequestro che era impiantato nel seno, potè sentire una specie di fischio mentre l'aria

entrava nel seno e contemporaneamente il malato cadeva in sincope con cianosi e arresto del cuore e della respirazione. Si potè salvare a stento il malato con la respirazione artificiale ed il massaggio sul cuore, ma d'allora in poi il Meier non ha più aperto il seno della dura madre senza prima avere interrotto la circolazione con un tamponamento fatto tra il cranio e la dura madre.

KUHULA. — *Sulle resezioni estese dell'intestino* (*Archiv für klinische Chirurgie.* Band LX. Hft. IV, pag. 887). A proposito di cinque casi di resezione intestinale di cui uno eseguiti da Meyld e gli altri da lui, il Kukula rifà la storia del tenue. Insiste specialmente sulle esperienze eseguite da Monari e Orbicky sugli animali e sulle analisi del bilancio alimentare fatte da Filippi sugli animali di Monari e da Riva-Rocci e Sagini sui malati operati da Ruggi e Fantino. Secondo Kukula non si è abbastanza insistito sul valore che bisogna dare alle misurazioni dell'intestino, sia che esse sieno fatte sul cadavere o su di un organismo recentemente staccato dal corpo. Bisogna tenere conto, infatti, della tenacità dei muscoli lisci, tenacità scomparsa sul cadavere, presentata sull'organo recentemente staccato da un corpo vivente. In queste condizioni le misurazioni non possono essere paragonate e ne segue una differenza sull'apprezzazione che si è sino ad ora data della possibilità di resezioni di una grande porzione intestinale.

Questa differenza è in favore del chirurgo nel senso che indica che in realtà si è resecata una maggiore porzione d'intestino di quella che si supponeva avere asportata, quando si paragonava la porzione tolta alla lunghezza totale dell'intestino o della porzione d'intestino misurato sul corpo umano. Per Kukula la porzione di tenue che si può resecare è uguale ai due terzi della sua lunghezza, in tutti i casi di più della metà. In uno di questi casi suoi ha resecati i due terzi dell'intestino tenue ed il paziente ha ancora vissuto due anni e mezzo dopo l'intervento ed è morto per recidiva del cancro. Dei cinque casi di cui riferisce lo stesso, due riguardano delle resezioni di più di due metri, e tre delle resezioni di 0,90 ad 1,10. La maggiore lunghezza d'intestino sino ad oggi è quella di Ruggi, che ne asportò tre metri in un ragazzo.

Quindi si asporta una così gran parte di intestino nell'analisi del bilancio alimentare si vede che questo è indefinito sul bilancio normale, ma è però tuttavia ampiamente sufficiente perchè i malati guadagnino in peso (caso di Fantino e Ruggi) e d'altronde questa perdita può compensarsi con un riassorbimento maggiore del ponte della porzione di tenue che rimase o per la sostituzione funzionale del crasso alla funzione del tenue o finalmente per un'alimentazione più frequente e meno delicata. Pel quesito di sapere se il ravvicinamento del digiuno è più o meno pericoloso dell'ileo non si può oggi rispondere, perchè sul vivente si è resecato sempre l'ileo e perchè d'altronde le esperienze sugli animali non sono concordi. Assoluta necessità per le resezioni di oltre due metri è la riunione per prima. Le resezioni del crasso non presentano grandi difficoltà ed il loro resultato in generale è favorevole.

Dott. CESARE PROVERA. — *Un caso di strozzamento del diverticolo del Meckel* (*Morgagni* N.° 5). Si tratta di un uomo d'anni 62 già affetto da ernia bilaterale che improvvisamente presentò sintomi di strozzamento erniario, senza che il taxis incruento avesse potuto portare qualche van-

ggio. Fu sottoposto il paziente alla erniolaparotomia. Aperto il sacco erario, si riconobbe che un lungo diverticolo del Meckel si era strozzato r l'incrocio con un grosso cordone epiploico discendente nel sacco: questo verticolo era molto assottigliato presso la sua base e presentava in alto cune piccole perforazioni che davano esito a bolle di gas e a liquido allo torbido. Questo diverticolo nasceva a poca distanza dalla valvola o-cecale e con la sua estremità periferica aderiva alla cicatrice ombellile. Con opportune manovre esso venne esportato.

Esso era stato strozzato dal peso del grande omento e non aveva poto interrompere per nulla il circolo fecale e gassoso nell'intestino ma eva dato luogo a peritonite stercoracea per una doppia perforazione che va esito a bolle di gas e a liquido giallo torbido. Questo diverticolo sceva a poca distanza dalla valvola ileo-cecale e con la sua estrémità riferica aderiva alla cicatrice ombellicale. Con opportune manovre esso me esportato. Malgrado l'intervento e le medicazioni accurate, il paziente n potè superare il grave stato di setticemia in cui si era presentato e rì in tredicesima giornata. Viene descritto accuratamente il pezzo asporo tanto macroscopicamente che istologicamente. L'A. passa poi a studiare sto ramo interessante di patologia.

I diverticoli si dividono in diverticoli falsi e diverticoli veri: i primi o costituiti da un'ernia della mucosa attraverso alla tonaca muscolare, ossono trovarsi su tutto l' intestino, i diverticoli veri si riscontrano in ere nell'ultima porzione dell'ileo e risultano costituiti dalle tre tonache stinali. Sono varie le affezioni che possono colpire il diverticolo; 1.° Esso far parte del contenuto di un'ernia: *ernie diverticolari;* 2.° può ade strettamente all' ombellico e restare aperto al passaggio delle feci: *la stercoracea dell'ombellico;* 3.° *prolasso ombellicale del diverticolo;* può divenire origine di una formazione cistica: *Cisti diverticolari; tumori adenoidi diverticolari;* 6.° infiammazione delle pareti del diverlo e peritonite circoscritta peridiverticolare: *diverticoliti.*

L'A. dopo di averne fatta la storia, studia il meccanismo dell' occlue intestinale diverticolare. Questa occlusione si produce secondo che il rticolo è aderente o libero.

Diverticolo aderente. Quattro sarebbero le modalità di tale strozzato per aderenza del diverticolo. 1.° Ostruzione per trazione diretta e atura dell'ansa; 2.° Ostruzione per schiacciamento dell' intestino sotto iverticolo stesso; 3.° Ostruzione per torsione del mesentere e nodo delestino; 4.° Ostruzione per briglia o per il diverticolo formante un anello rno all'intestino.

Diverticolo libero. Le occlusioni in tale caso sono più rare di quello si creda, esse possono avvenire: 1.° Per invaginazione; 2.° per nodo; per torsione del mesentere; 4.° per curvatura.

Per ciò che riguarda l'*etiologia dell'occlusione da diverticolo*, l'eredità sembra indifferente; i disturbi di sviluppo per la persistenza del diicolo hanno anch' essi importanza grande come cause predisponenti. à preferita è fra i 20 e i 40 anni e predomina il sesso maschile: hanno ra importanza nell' etiologia le infiammazioni della mucosa intesti-.

I *sintomi* principali sono: Il dolore che scoppia improvviso e intenso

o si fa tale per gradi limitato dapprima a un punto dell'addome attorno all'ombellico ma che non tarda ad estendersi a tutto l'addome per infiammazione del peritoneo. Vomito prima di materie alimentari, poi vomiti biliari e solo negli ultimi giorni vomito stercoraceo. La stipsi per lo più tiene dietro al vomito.

All'ispezione l'addome può presentarsi gonfio, meteoritico in un punto limitato, talora rigonfio in corrispondenza dell'ombellico o un poco al disotto. Alla palpazione si trova una zona più dolorosa in vicinanza dell'ombellico o nella fossa iliaca quando si tratta di un diverticolo fisso o in un punto più basso se il diverticolo è libero. La percussione fornisce dei dati sull'esistenza o no di un versamento intraddominale, anche quando l'occlusione non è ancora complicata a peritonite.

I fenomeni generali variano colla natura dell'ostacolo. Sono sintomi di prognosi infausta; il polso frequente, poco teso, dicroto, la facies addominale, la secchezza della lingua. La temperatura raramente si manifesta subito elevata. Se si ha innalzamento della temperatura, si deve sospettare una gangrena e conseguente perforazione dell'intestino e del diverticolo.

Nella maggior parte dei casi il decorso è rapido. la morte si ha al termine di 4-6 giorni, secondo alcuni gli strozzamenti diverticolari avrebbero un decorso acutissimo, 12-24 ore.

La diagnosi nella maggior parte delle volte è impossibile e si fa solo all'autopsia. In alcuni individui nei primi anni della vita si riscontra la persistenza del diverticolo sotto forma di fistola ombellicale stercoracea che spontaneamente poi si oblitera; se si manifesta una occlusione in tali individui e si ha dolore presso l'ombellico, si hanno buone ragioni per far diagnosi di presenza del diverticolo, causa dell'occlusione. La prima malattia che merita di essere considerata nella diagnosi differenziale è l'appendicite a forma di occlusione intestinale. Nell'invaginazione intestinale il dolore è relativamente poco vivo, stipsi assoluta, talora invece scariche diarroiche, e in un punto vario della cavità addominale si sente un tumore cilindrico di consistenza ben delimitata. Se è possibile una diagnosi di probabilità non si deve esitare nel fare una laparotomia che è l'operazione di scelta: si cercherà l'ostacolo al corso delle materie fecali e si toglierà. Qualora si trovasse un punto di gangrena al colletto dello strozzamento o nella porzione d'intestino compresa tra i due colletti vicini, si farà l'enterectomia.

Come chiusa al lavoro segue una ricca bibliografia.

Campelli Giovanni. — *Sopra un caso di diverticolo acquisito dell'uretra femminile contenente centosessanta calcoli.* Esposta la storia del caso dice che: 1.° i diverticoli dell'uretra femminile sono rari, e più specialmente nella donna; 2.° Sono congeniti ed acquisiti: i primi derivanti da errori di prima formazione, i secondi da cause traumatiche e non traumatiche. La causa più frequente sembra essere la calcolosi; 3.° Quanto alla patogenesi, analogamente a quello che si è stabilito per l'esofago, una parte, gli acquisiti, si può suddividere in *a*) diverticoli per trazione, *b*) per pulsione che sono i più frequenti; 4.° Chiara e facile è la diagnosi come la sintomatologia; 5.° La prognosi è completamente favorevole; 6.° Di cura non è possibile che la chirurgica palliativa se si limita ad aprire la via al deflusso dell'orina, restando l'imperfezione di una fistola. Radicale se ha per fine l'estirpazione del sacco e la ricostituzione dell'integrità dell'uretra.

VITANZA R. — *Se nel carcinoma limitato al collo dell'utero è da preferire sempre l'ablazione totale all'asportazione parziale* (*Archivio di Ostetricia e Ginecologia*, N.° 5, 1900). Sopra 33 casi di cancro del collo dell'utero operati di esportazione parziale, in nove non ebbe recidiva. Basandosi sopra questi risultati, di osservazione personale, l'A. crede utile di ricorrere all'amputazione parziale nei casi di cancro iniziale del collo dell'utero e si dichiara contrario alla demolizione completa dell'organo. L'isterectomia dovrebbe riservarsi ai casi di infiltrazione cancerigna diffusa.

Più ovvia sarebbe l'origine statica che spiegherebbe le forme fisse, quando fosse congiunta a predisposizione costituzionale. Nel caso presente la deformità aveva origine schiettamente abituale, cioè l'uso dell'esercizio del remo praticato in modo unilaterale. Descrive i varî movimenti che spiegano la scoliosi lombare, la cifosi lombare, la rotazione del bacino, ecc. Senza voler parlare di una *scoliosi dei canottieri* Monti accenna al valore etiologico di taluni atteggiamenti e movimenti richiesti da certi generi di *Sport*, perchè si cerchi di impedirne l'abuso o l'uso asimmetrico. L'O. infine presenta il soggetto e l espone la cura praticata all'Istituto Rizzoli, per un mese e continuata per altri 5 a domicilio con risultato completo.

SCHUNZ. — *Spondilite tifica.* (*Archiv für Kliniscke Chirurgie*, 1900. Vol. LXI. pag. 103). Si tratta di una donna di 36 anni che, durante il terzo settenario di una febbre tifoide eccessivamente grave presentò dei dolori lancinanti nell'arto inferiore di destra e paresi del superiore del medesimo lato. Dolori e paralisi scomparvero dopo qualche tempo. Alcune settimane dopo la guarigione, la malata fu presa da dolori violenti nella regione lombo-sacrale, i quali sparivano in parte quando la malata rimaneva incinta. L'esame permise constatare che le apofisi spinose delle ultime vertebre lombari erano dolorose al tatto e che esisteva una contrattura dei muscoli lombari con immobilizzazione della colonna vertebrale come in caso di spondilite. La malata fu messa in un apparecchio gessato, e sotto l'influenza di questa cura i dolori scomparirono e dopo sei settimane potè alzarsi e camminare. Si trattava di spondilite tifica come nei casi di Quincke e Rönitzer.

NELLO BIAGI. — *Di un nuovo metodo di perineoplastica nelle lacerazioni complete del perineo. Supplemento del Policlinico*, anno 1900. N.° 33. Questo nuovo metodo è stato ideato dal Durante che lo eseguì due volte con buon esito. L'operazione si compie in 3 tempi:

1.° *Tempo*. Posta l'inferma in posizione ginecologica, previa narcosi cloroformica, l'operatore constata la posizione delle tuberosità sciatiche. Introdotto il dito nel retto, procede col tagliente allo sdoppiamento del setto retto vaginale quanto più alto è possibile; prolunga quindi i tagli sotto la vulva, sotto le grandi labbra e di qui fino a giungere d'ambo i lati in prossimità delle tuberosità sciatiche. Detti tagli interessano la cute del perineo ed il connettivo abbondante situato lateralmente alla regione anale fra questa e le tuberosità sciatiche a tutto spessore fino al piano aponeurotico; l'emorragia è limitatissima e facilmente frenabile.

2.° *Tempo*. Dall'esterno verso l'interno col dito o colla spatola, aiutandosi eziandio col tagliente, si scolla per un certo tratto verso la tuberosità sciatica corrispondente ed in alto la cute col sottocutaneo della regione perineale dal piano aponeurotico: poi di seguito le grandi e le pic-

cole labbra e la mucosa vaginale sui lati fino a raggiungere il foglietto superiore di sdoppiamento del setto retto-vaginale. In tal guisa si viene così a liberare un gran lembo fatto di pelle della regione perineale, della porzione inferiore delle grandi labbra e della mucosa vaginale rispondente ai lati ed alla parete posteriore. Analogamente si procede in basso dal lato del retto ottenendo così un altro grande lembo mucoso-cutaneo inferiore. Fra i due lembi così costituiti si ha una larga superficie di cruentazione triangolare, costituita principalmente dai muscoli elevatori dell'ano, e dall'abbondante connettivo perirettale.

3.° *Tempo.* Si comincia la sutura del retto a punti staccati, in guisa che i capi liberi delle varie anse si trovino nel canale rettale che si ricostituisce e talmente lunghi da uscir fuori dall'apertura anale che è di nuovo formata all'estremo mucoso cutaneo: indi si gettano dei punti profondi di avvicinamento, a tutto spessore fra le due superfici di cruentazione; in questo modo l'ampiezza della breccia perineale è molto ridotta e facilita la discesa del lembo cutaneo già mobile in grazia dello scollamento generoso praticato. Indi con un punto a tutto spessore si affrontano gli estremi delle ferite cutanee con seta robusta, mentre altri due punti del pari profondi sono situati verso la vagina ed il retto. Così tutto il connettivo abbondante dai lati viene portato sul mezzo a colmare quello che rimane della breccia perineale. Alcuni punti superficiali completano la sutura del perineo. A questo punto già si vedono i due lembi vaginali, bene affrontati, che si protendono dall'apertura vulvare e che vengono suturati a punti staccati.

Il risultato con questo metodo è dei migliori venendosi ad avere un perineo ampio alto circa 3 centimetri nella sua posizione fisiologica, che non si presenta avvallato, a guisa di solco, come con tutti gli altri metodi, ma appianato quasi esuberante; e non declina all'indietro bruscamente come negli altri metodi, ma si va man mano assottigliando come nel normale, fino a perdersi nel setto retto vaginale.

Coste. — *Sulla cura delle fratture della rotula* (*Archiv für Klinische Chirurgie Band LX Keft IV.* Pag. 837). Nella Clinica di Bergmann furono curate le fratture di rotula con varî mezzi. Per la sutura fa un incisione antero-longitudinale, e si perfora col trapano elettrico. La fasciatura è lasciata dai 21 ai 28 giorni. In un caso ebbe embolia della polmonare provocata da un trombo della vena poplitea. In 14 casi il risultato fu perfetto: in un caso rimase anchilosi. Il paziente rifiutò il massaggio e gli esercizî. In due casi supplementari si fa un grande divaricamento tra i frammenti per cui Bergmann dovè resecare la tuberosità tibiale.

BIBLIOGRAFIA

Antonio Carle. — *Contributo alla Chirurgia del Tiroide. Torino, Roux, Frassati*, 1899. Carle riassume nella sua monografia la propria esperienza sulla Chirurgia del Tiroide fondata su una delle più ricche statistiche personali che si siano pubblicate in Italia e porta un contributo di molto valore a questo capitolo della Chirurgia Operativa.

Dall'Aprile 1888 al Luglio 1899 da che è Direttore della Clinica Chirurgica dell'Ospedale Mauriziano in Torino egli ha eseguito 323 operazioni di gozzo, di cui 298 per gozzo benigno e 27 per gozzo maligno.

Fatto un rapido cenno delle indicazioni operative nei casi di gozzo benigno, dal quale risulta che ben pochi furono i casi in cui egli intervenne, nei quali non esistessero disturbi di rilievo, egli enumera i particolari più salienti in rapporto alla posizione topografica del gozzo, che ha tanta importanza dal lato clinico ed operativo. Egli ha osservato in 65 casi il quadro descritto da Kocher col nome di tireoptosi, 15 casi in cui il tumore s'affondava dietro lo sterno, 7 casi di gozzo permanentemente retrosternale, 7 gozzi anulari, 4 gozzi aberranti di cui uno intratoracico, una cisti della regione sopraioidea, un terzo della fossa sopraclavicolare ed il quarto alla radice della lingua.

Prima di riassumere i risultati delle sue operazioni, egli si diffonde alquanto sulla tecnica che in molti particolari egli ha così perfezionata che egli riesce ad esportare con singolare maestria ed eccezionale rapidità, gozzi enormi, senza narcosi in individui in stato di imminente soffocazione.

Che queste operazioni per gozzo voluminoso con malattia estesa a tutta la ghiandola siano state numerose, la mostra il numero delle operazioni combinate, in cui, cioè, all'estirpazione di un lobo egli fece seguire la resezione di una parte dell'altro, che nella sua statistica entrano nella proporzione del 30 %.

I risultati non potrebbero essere migliori: sopra 298 strumectomie per gozzo benigno egli non ebbe che 6 casi di morte (2 %) così divisi:

Enucleazioni 94, guariti 93, morto 1 (1 %).

Estirpazioni metodiche e resezioni parziali 109, guariti 107, morti 2 (1,86 %).

Operazioni combinate 89, guariti 86, morti 3 (3,48 %).

Legature atrofizzanti 6, guariti 6.

Data la storia clinica particolareggiata di tutti i casi seguiti da morte, l'autore enumera le complicazioni avute durante l'atto operativo e quelle che turbarono il decorso di guarigione; la prima intenzione egli ottenne nel 85 % delle sue operazioni. Assai interessanti sono i particolari che egli può fornire sui risultati lontani delle sue operazioni, avendo riesaminato $^1/_3$ dei suoi operati, alcuni dei quali da 12-13 anni, specialmente rispetto alla recidiva.

I casi di cui si può parlare di vera recidiva sono rarissimi; sopra 228 operati ha dovuto 5 volte soltanto ricorrere ad operazioni complementari e

sempre 2-3 anni dopo l'operazione ed in tumori che offrivano condizioni assai favorevoli per degenerazione estesa a tutta la ghiandola.

Meritano d'essere rilevati i risultati immediati e lontani che egli ha ottenuto colla legatura delle arterie tiroidee, che ha praticato in sei casi, uno dei quali affetto da morbo di Basedow, i quali dimostrano la bontà del metodo applicabile all'ipertrofie diffuse ed ai gozzi vascolarizzati o rapidamente crescenti in individui giovani.

Come esempio dei risultati che con esso si possono ottenere è assai dimostrativa la fototipia di uno degli operati colla legatura delle tiroidee. Oltre a quello operato colla legatura, intervenne per 4 volte per gozzo di Basedow. Tutti i suoi operati, fuorchè uno, risentirono un notevole miglioramento dall'operazione e due si possono considerare guariti.

Ha osservato 15 casi di tiroiditi suppurate e 2 casi tipici di quella forma di tiroidite cronica descritta dal Riedel.

Il secondo capitolo del lavoro è dedicato agli struma maligni; 19 carcinomi ed 8 sarcomi oltre a 3 casi operati di semplice tracheotomia.

Nelle operazioni radicali otto volte eseguì l'estirpazione di tutta la ghiandola con tre insuccessi, due recidive nello spazio di 3-6 mesi e due sopravvivono senza traccia di recidiva da 2 anni e 18 mesi rispettivamente, uno solo dei quali presenta fenomeni di cachessia strumipriva.

Delle 19 operazioni parziali morirono 5 nei primi giorni consecutivi all'operazione, in 7 s'ebbe recidiva da 3 a 18 mesi dopo l'intervento e 5 sopravvivono da 1-2-5 anni e di questi sono particolarmente interessanti due operati in condizioni veramente ideali per la guarigione definitiva con un nodo limitatissimo, affatto iniziale di carcinoma, di cui l'autore dà una particolareggiata descrizione istologica.

Il lavoro termina con una dettagliata esposizione clinica ed anatomo-patologica di tre osservazioni molto interessanti di metastasi tiroidee: trattasi di tumori della tiroide con tutti i caratteri clinici ed anatomo-patologici di gozzo benigno che si conservarono tali per anni e si presentavano ancora colle apparenze di benignità mentre già esistevano metastasi in altri organi.

Carle descrive i caratteri clinici ed anatomo-patologici speciali di queste metastasi, discute le teorie emesse per interpretarle, accostandosi all'ipotesi che questi tumori tiroidei, che dànno metastasi, malgrado la struttura di adenoma, siano dei veri cancri. La conoscenza di questi tumori per lentezza del loro sviluppo ed il decorso benigno delle loro metastasi ha importanza dal lato pratico in quanto autorizzano in alcuni casi il chirurgo ad intervenire mentre fino a questi ultimi anni la metastasi era considerata la controindicazione assoluta di qualunque atto operativo.

La monografia del prof. Carle, oltre a rendere noti i progressi che anche in Italia merciè sua e del Bottini si sono fatti in questo importante capitolo della Chirurgia Operatoria, è veramente interessante per la ricchezza di nuove osservazioni cliniche ed anatomo-patologiche.

A. Ceccherelli.

Boari Achille. — *Chirurgia dell'uretere,* Roma 1900. È uno studio sperimentale e clinico, col quale l'egregio Autore ha colmata una lacuna, in quanto nessuno aveva trattato sino ad ora completamente la chirurgia

degli ureteri, come l'ha fatto il Boari. Si è valso di tutto il materiale edito ed inedito, e così ha potuto raccogliere 147 casi di chirurgia ureterale.

In una parte tratta dell'Anatomia dell'uretere, e quindi della sua fisiologia e patologia, discutendo delle ferite, delle fistole, dei calcoli, dell'uretero-idrosi, dei tumori e della infiammazione. Passa poi a discutere della palpazione degli ureteri tanto addominale, quanto dal retto che dalla vagina, e più particolarmente del cateterismo a mano libera, ed accompagnato dall'endoscopia e cistoscopia discutendone indicazioni e valore. Accenna in fine alle incisioni esploratrici.

In una terza parte si occupa della chirurgia dell' uretere, e cioè dell'uretero-litotomia, dell'uretero-ureterostomia, dell'uretero-plastica, dell'uretero-cisto-neostomia, dell' uretero-entero-anastomosi (e queste seguite da esperienze sull'innesto uretero-rettale), dell'innesto in vagina, nell'uretra, nella pelle, degli effetti della legatura dell'uretere sul parenchima renale, dell'ureterectomia.

È impossibile entrare nei particolari di queste singole operazioni e nelle varie descrizioni e critiche perchè troppo vasto il campo per una Rivista bibliografica. Posso solo dire che il libro è buono, utile, meritevole di elogi incondizionati.

A. Ceccherelli.

Lefert. — *Aide Mèmoire de Gynecologie*, J. B. Baillière Paris, 1900. È un volumetto della nuova serie, la quale comprende le singole branche delle Scienze Mediche, trattando in modo succinto ciò che vi è di più interessante, riassumendo in una parola quello che si trova nei grandi trattati. In questo volume è appunto trattata la ginecologia in modo metodico ed abbastanza completo, in special guisa per ciò che concerne la diagnosi e la cura. Corrisponde il libro allo scopo suo come quelli precedentemente pubblicati.

A. Ceccherelli.

Trattato Italiano di Chirurgia, Fascicoli 31-32, Vol. II, Parte II. — Burci Enrico. *Malattie chirurgiche delle arterie,* Vallardi Milano 1900.

Trattato Italiano di Patologia e Terapia Medica, Fascicoli 232-233, Vol. II, Parte VI. — Colucci Cesare. *Malattie del cervelletto,* Vallardi Milano 1900.

Eulenburg. — *Dizionario Enciclopedico di Medicina e Chirurgia*, Fascicoli 319-322. *Utero-Vajuolo,* Vallardi e Pasquale 1900.

Sahli. — *Manuale dei Metodi d'esame Clinici,* Fascicolo 10, Vallardi Milano 1900.

Burci Enrico. — *La Ricerca fisio-patologica ed i più recenti progressi della Chirurgia dei vasi sanguigni* (*Dalla Gazzetta degli Ospitali*) Vedi Clinica Chirurgica, Pag. 203.

Burci Enrico. — *Contributo allo studio degli effetti lontani del raddrizzamento forzato nella cura del morbo di Pott* (*Dalla Clinica Moderna*). È partigiano in generale dei processi lenti.

Novaro G. Filippo. — *Prolusione,* Genova 1900.

Novaro G. Filippo. — *Pro Veritate,* Firenze 1900.

Tavecchi Luigi. — *Contributo alla cura delle vene, ulceri e piaghe varicose* (*Dalla Gazzetta delle Cliniche ed Ospitali*), Milano 1900.

Galvani Jules. — *Traitement de la tuberculose peritoneale par la laparotomie. 51 cas de tuberculose péritoneale chronique. Laparotomies repétées* (*Dalla Revue de Gynecologie et de Chirurgie abdominale*, Paris 1899) Vedi Clinica Chirurgica, Pag. 67 del 1900.

Boari Achille. — *Stenosi benigne pilorico-duodenali di origine biliare. Colecistenterostomia e gastro-enterostomia nella medesima seduta. Atti della Società Italiana di Chirurgia*, Roma 1900 (Vedi Clinica Chirurgica Pag. 844 del 1899).

Bozzi Ernesto. — *Ricerche sperimentali dirette a studiare i rapporti possibili fra intestino, fegato e reni*, Firenze 1900 (Vedi Argomento del giorno).

Missaglia Giuseppe, *Gerente responsabile.*
Tip della Casa Editrice Dott. Francesco Vallardi, Milano

Istituto anatomo-patologico dell' Ospedale degl' Incurabili
diretto dal Prof. L. Armanni

CONTRIBUTO ALL'ETIOLOGIA E PATOGENESI della CISTITE

PEL

Dott. CARLO PARASCANDOLO

Prof. par. di Patologia speciale chirurgica di Propedeutica Chirurgica e Clinica Chirurgica nella R. Università di Napoli
Socio onor. della R. Accademia Medico-Chirurg. di Napoli

(Continuazione. V. N. 7)

Nello stesso giorno l' animale fu ucciso ed asportata la vescica fu divisa e fissata una porzione nel liquido di MÜLLER, ed un' altra nella serie degli alcooli. Le sezioni furono colorate al modo solito o con l'ematossilina alluminata o col carminio alluminato, ed osservate al microscopio. In queste sezioni dal punto di vista istologico notai: L' epitelio completamente conservato, solo si osservava una infiltrazione parvicellulare diffusa, e notevole nello stroma della mucosa: la dilatazione vasale era abbastanza accentuata. Le sezioni dei pezzi fissati in alcool, furono colorate con la fuxina fenica, e con la colorazione secondo il metodo di GRAM per la ricerca dei batteri, però il risultato fu sempre negativo.

Dal risultato dei quattro precedenti esperimenti mi pare: che la semplice inoculazione batterica a vescica sana non è bastevole a produrre la cistite, poichè la vescica sana con la eliminazioue delle urine mette fuori anche i microbi artificialmente introdotti, e se si determinano delle alterazioni anatomiche, queste sono di breve durata, e dopo qualche giorno tutto ritorna al normale.

Pensai di produrre una ritenzione di urina temporanea e poi farla seguire dall'inoculazione batterica. Volli assicurarmi dapprima se l'urina dei conigli sani contenuta in vescica fosse asettica. Per queste due premesse istituii i seguenti esperimenti.

ESPERIMENTO 5.° — Ad un coniglio tenuto per diversi giorni nel laboratorio, del peso di 2000 gr. praticai con tutte le cautele antisettiche una puntura della vescica sopra pubica, ed estrassi 25 c.c. di urina. Questa urina era di colore giallo-biancastra, torbida, di reazione alcalina, la densità 1010 non conteneva nessun principio anormale. All' esame microscopico constatai poche cellule pavimentose vescicali, numerosi cristalli di fosfati ed altri amorfi. L'esame batterioscopico e culturale riuscì decisamente negativo.

Esperimento 6.° — Ad un coniglio femmina, del pari sano tenuto per parecchi giorni nel laboratorio, praticai la stessa puntura sopra-pubica della vescica, estrassi quasí la stessa quantità di urina. L'esame chimico-microscopico, e batteriologico dell'urina fu del tutto simile al precedente.

Esperimento 7.° — Ad un coniglio maschio in sano stato di salute, dopo averlo tenuto per diversi giorni nel laboratorio, mediante una sonda elastica introdotta per la via dell'uretra in vescica vennero estratti 50 c.c. di urina. Questa era di colore giallo pallido, torbida, di reazione alcalina, densità 1012, priva di qualunque principio anormale. All' esame microscopico notai poche cellule epiteliali vescicali, numerosi cristalli di fosfato. All'esame batterioscopico constatai la presenza di parecchi cocchi, alcuni si mostravano isolati ed altri riuniti ad ammassi, ed alcuni a catena; non che numerosi bacilli. All' esame culturale sulle piastre di gelatina potetti identificare i cocchi per lo *streptococcus pyogenes* ed i bacilli erano dei saprofiti; le culture pure di questi inoculati nel cavo peritoneale di 3 cavie nelle proporzioni di 4 c.c. riuscirono senza effetto; invece le culture pure dello *streptococcus pyogenes* inoculate nella proporzione di 3 c.c. nella cavità peritoneale di 4 cavie; 2 di esse morirono di peritonite settica, e le altre due restarono in vita.

Esperimento 8.° — Ad un coniglio, femmina, in stato sano, dopo averla tenuta per parecchi giorni nel laboratorio, mediante una sonda elastica introdotta dall'uretra nella vescica fu estratta l'urina in essa contenuta. L'urina era 40 c. c. di colore giallo chiaro, torbida, di reazione alcalina, peso specifico 1010, priva di qualunque principio anormale. All'esame microscopico notai i soliti elementi che si rinvengono in qualunque urina fisiologica. All' esame batterioscopico constatai la presenza di numerosi bacilli e cocchi. Dei bacilli alcuni si trovano isolati, altri disposti a coppie, alcuni riuniti a vere catene più o meno lunghe, ed altri ad ammassi, si coloravano bene con i comuni colori di anilina, però la colorazione con il metodo di Gram riusciva negativa. Le prove culturali mi dimostravano che si trattava di diverse specie batteriche, cioè del *bacterium coli commune* e di altre specie di bacilli non patogeni. Le colture pure tanto del *bacterium coli commune* quanto degli altri bacilli, inoculate nel cavo peritoneale di 3 cavie, nella proporzione di 4 c.c. riescirono innocue. Anche dei cocchi si trattava di saprofiti, perchè le inoculazioni di colture pure di queste riuscivano inoffensive, per le cavie di controllo.

Esperimento 9.° — Ad un coniglio, di pelo bianco, del peso di 2030 gr. temperatura rettale 38.4 C., praticai una legatura a livello del collo della vescica. Dopo 5 ore fu disciolta tale legatura.

Il giorno dopo, 21 giugno, l'animale era depresso, rifiutava il vitto, la temperatura rettale era 39.6 C. Urina c.c. 50 di aspetto giallo rosea, poco torbida, di reazione alcalina, di odore ammoniacale, conteneva albumina (5 $^0/_0$, Esbach) peso specifico 1016. All'esame microscopico constatai numerose cellule epiteliali pavimentose vescicali ed un gran numero di cristalli di fosfati e cloruri e molti altri amorfi disposti in veri ammassi. All'esame batterioscopico notai: scarse forme di cocchi disposti sia isolati sia raggruppati, si coloravano bene con i soliti colori di anilina, però la colorazione secondo il metodo di Gram riusciva negativa.

Le culture pure di questi cocchi, inoculate nel cavo peritoneale delle cavie nelle proporzioni di 3 c.c. riuscirono inoffensive.

Il giorno 22 giugno l'animale era morto. La vescica fu estirpata e fissata nel liquido di MÜLLER, poscia trattata secondo i soliti metodi istologici. Le sezioni furono colorate con l'ematossilina alluminata o con il carminio alluminato.

All' esame istologico notai: Considerevole assottigliamento di tutta la parete vescicale e forte addensamento del tessuto; l' epitelio desquamato, anzi in molti punti era completamente distrutto. Lo stroma della mucosa compariva intensamente colorato in grigio-rossastro per infiltramento granulare di sali calcari. Le fibre muscolari apparivano così pigiate da non riconoscerne la struttura; i vasi erano quasi obliterati.

ESPERIMENTO 10.° — Ad un coniglio, di pelo rossiccio, del peso di 2060 gr. temperatura rettale 38,4 C., praticai una legatura con tutte le regole antisettiche del collo della vescica, indi con un sottile ago di siringa del PRAVATZ feci una inoculazione mediante puntura della vescica di 3. c.c. di cultura pura di *bacillus proteus vulgaris*. Dopo 5 ore fu tolta la legatura e tenuto in gabbia l'animale.

Il giorno dopo, 24 giugno, l' animale era alquanto depresso, pigliava poco vitto, la temperatura rettale era di 39. C. Urina emessa 50 c. c. di colore giallo paglia, torbida ; fatta depositare non si chiarificava ma si formava al fondo del recipiente un deposito grigio, di odore nauseante cadaverico, di reazione fortemente alcalina, ricca di albumina (5°/₀₀ ESBACH), positiva riusciva la reazione dell'ammoniaca. All'esame microscopico constatai: un gran numero di leucociti, moltissime cellule epiteliali pavimentose vescicale, numerosi cristalli di fosfati ed urati, non che parecchi cristalli amorfi ammassati. All'esame batterioscopico rinvenni: numerosi bacilli, tozzi, isolati, ovvero riuniti tra di loro: essi si coloravano bene con i comuni colori di anilina, però la colorazione con il metodo di GRAM riusciva negativa. L'esame culturale mi fece certo che trattavasi di cultura pur di *bacillus proteus vulgaris*.

Il 25 giugno l'animale era ancora depresso, temperatura rettale 39. C.

Urina emessa 40 c. c. i caratteri fisici e chimici erano del tutto identici a quelli dell'urina del giorno precedente. L'esame microscopico e batteriologico mi dimostrò gli stessi principi e gl'identici batteri trovati nell'urina del giorno innanzi.

Il 26 giugno l'animale era morto. Estratta la vescica, fu fissata una porzione nel liquido di MÜLLER, ed un' altra nella serie degli alcooli ; le sezioni furono colorate con la solita ematossilina alluminata o col cormino alluminato. All'esame istologico notai : Necrosi diffusa dell'epitelio superficiale, in molti punti tale epitelio era sostituito da un essudato fibrinoso ; nel connettivo sottomucoso si notava infiltrazione considerevole di prodotti di disfacimento del pigmento dei corpuscoli ematici ; la muscolare appariva per lunghi tratti vivamente iperemica, ed in alcuni punti emorragica ; i vasi erano quasi completamente obliterati, con lieve infiltrazione parvicellulare.

La ricerca dei microrganismi nelle sezioni colorate con la fuxina fenica riuscì negativa.

ESPERIMENTO 11.° — Coniglio del pelo grigio, del peso di 2500 gr., temperatura rettale 38. 4 C.; il 25 giugno venne sottoposto alla legatura del collo vescicale con tutte le cautele antisettiche, ed immediatamente dopo

per mezzo della puntura soprapubica con un sottile ago da siringa del Pravatz, furono inoculati 2 c. c. di cultura pura di *bacterium coli commune*. Dopo 5 ore fu tolta la legatura e tenuto l'animale in riposo.

Il 26 giugno temperatura rettale dell'animale 38.8 C. Urina emessa 70.c.c. di color giallo chiaro, torbida, odore nauseante, come di sostanza in putrefazione, di reazione alcalina, peso specifico 1012, albumina (4°/₀₀ Esbach), tracce di ammoniaca. All'esame microscopico rinvenni un grande numero di leucociti, molte cellule epiteliali pavimentose vescicali, numerosi cristalli di urati ed altri amorfi. All'esame batterioscopico riconobbi la presenza di bacilli sottili, disposti isolatamente, ovvero a coppie ed altri ad ammassi, si coloravano bene con i soliti colori di anilina, ma la colorazione con il metodo di Gram riusciva negativa. L'esame culturale mi rischiarò la diagnosi, e potetti identificarli per il *bacterium coli commune*.

Ripetetti l'esame delle orine per due giorni consecutivi, ed i risultati furono identici a quelli del giorno precedente; la temperatura rettale dell'animale oscillò tra 38.7 C. a 38.9 C.

Il 29 giugno l'animale morì. Tolsi la vescica, che fu fissata come negli altri casi una parte nel liquido di Müller ed un'altra porzione nella serie degli alcooli. Le sezioni furono colorate con i soliti colori, ematossilina alluminata o col carminio alluminato; all'esame istologico constastai; Assottigliamento di tutte le pareti dell'organo e addensamento di tessuti: l'epitelio quasi completamente conservato; in qualche punto della mucosa si notava una modica infiltrazione parvicellulare, e lo stroma di essa in qualche punto mostrava delle lievi emorragie da stasi; i vasi erano ancora abbastanza pervii.

Le sezioni colorate con la fuxina fenica per la ricerca dei batterî, non mi lasciarono scorgere in nessun punto i microrganismi inoculati.

Esperimento XII. — Coniglio tutto bianco, del peso di 2100 gr., temperatura rettale 38.4 C. il 26 giugno venne sottomesso alla legatura del collo della vescica con ogni cura antisettica; dopo poco fu fatta una puntura sopra pubica con un sottile ago di siringa di Pravatz, e furono inoculati 2 c. c. di coltura pura in brodo di *staphylococcus pyogenes albus*. Dopo cinque ore fu tolta la legatura e l'animale fu lasciato in riposo.

Il 27 giugno l'animale era depresso, rifiutava il vitto, la temperatura rettale era 39.4 C. Urina emessa 25 c. c. di color giallo rossastra, di odore alquanto sgradevole, di reazione alcalina, peso specifico 1012, albumina (2.50°/₀₀ Esbach). All'esame microscopico constatai: numerosi leucociti, e parecchi globuli rossi, parecchi cristalli amorfi disposti ad ammassi, molte cellule epiteliali vescicali. All'esame batterioscopico trovai un gran numero di cocchi, disposti alcuni isolati, altri ad ammassi, si coloravano bene con i soliti colori di anilina, la colorazione con il metodo di Gram riusciva positiva. L'esame culturale mi fece riconoscere lo *staphylococcus pyogenes albus*.

Nelle urine emesse nei giorni consecutivi 28. 29 e 30 giugno notai gli stessi caratteri, solo che i microrganismi andavano gradatamente diminuendo di numero.

Il 1 luglio l'animale era morto. La vescica asportata fu trattata nel modo solito, cioè fissazione di una porzione nel liquido di Müller e di un altra nella serie degli alcooli. Al solito le sezioni furono colorate con l'ematossilina alluminata e coll'allume carminio; al microscopio potetti osservare

le seguenti alterazioni: L'epitelio era ridotto ad un unico strato di cellule colorabili in toto, anzi v'era apicnosi; lo stroma della mucosa era fortemente compresso ed assottigliato, in molti punti infiltrato di piccole cellule di prevalenza mononucleari; nella muscolare si rilevarono numerosi punti emorragici con disfacimento ematico e diffusa colorazione delle fibre muscolari per parte di tale pigmento; i vasi erano abbastanza infiltrati.

Le sezioni colorate con la fuxina fenica o con la colorazione secondo il metodo di Gram non mi lasciarono osservare una vera infiltrazione batterica; solo in qualche punto del preparato rimasi incerto sulla presenza dei cocchi inoculati.

II. Serie. — Inoculazione di urina in vescica.

Allo scopo di assodare quale influenza potesse avere sulla vescica la presenza di urina alterata, ovvero le tossine batteriche, ho istituite delle altre esperienze, ed a mio credere mi pare non privo d'interesse tal fatto poichè realizza in gran parte ciò che si verifica nell'uomo affetto da ritenzione di urina, e v'ha di più per quanto io sappia tali esperimenti non sono stati ancora praticati da altri.

Esperimento 13.°. — Coniglio tutto bianco del peso di 1900 gr., temperatura rettale 38.5 C., il 26 giugno fu sottoposto al seguente esperimento.

Raccolsi 1 litro di urina di un uomo sano, questa fu concentrata a bagno maria a 25 c.c. Fu introdotta una sonda elastica sterilizzata per l'uretra nella vescica del coniglio suddetto, ed evacuata la vescica e fatti ripetuti lavaggi; finalmente per la stessa sonda furono iniettati 5 c.c. dell'urina concentrata.

Il 27 giugno l'animale era alquanto depresso, temperatura rettale 39.2 C. Urina 127 c.c. di colore giallo rossastra, torbida, di reazione alcalina, densità 1012, conteneva tracce di albumina (0.25 $^0/_{00}$ Esbach). All'esame microscopico rinvenni numerosi cristalli amorfi, e parecchie cellule pavimentose poligonali. L'esame batterioscopico fu negativo.

Il 28 giugno l'animale era più svelto, temperatura rettale 38.9 C. Urina 200 c.c. giallo più pallido, torbida, di reazione alcalina, peso specifico 1010, tracce minime di albumina. All'esame microscopico constatai gli stessi cristalli amorfi, e parecchie cellule epiteliali. L'esame batterioscopico fu del pari negativo.

Il 29 giugno l'animale era tornato allo stato primitivo, temperatura rettale 38.6 C. Urina 200 c.c., presentava gli stessi caratteri fisici, chimici e batteriologici del giorno precedente.

Colla solita tecnica praticai una nuova inoculazione in vescica di altri 5 c.c. di urina concentrata.

Il 30 giugno l'animale si mostra di nuovo depresso, rifiuta il vitto, temperatura rettale 39.8 C. Urina 70 c.c. di colore giallo rossastra, torbida, di reazione alcalina, densità 1010, conteneva albumina (0.50 $^0/_{00}$ Esbach). All'esame microscopico rinvenni numerose cellule epiteliali pavimentose vescicali, parecchi leucociti, e molti cristalli di fosfato ed urati. All'esame batterioscopico constatai la presenza di cocchi e bacilli, i quali si coloravano bene con i colori di anilina. Le prove culturali mi dimostrarono trattarsi di microbi accidentali forse venuti dall'uretra. Le inoculazioni nel cavo peri-

toneale delle cavie delle culture pure di questi microrganismi riuscirono senza effetto dannoso per l'animale.

Il 1 luglio l'animale si mostrava completamente ripigliato, temperatura rettale 38.5 C. Urina 200 c.c. di colore giallo chiara, torbida, di reazione alcalina, di densità 1012, conteneva tracce di albumina. All'esame microscopico constatai la presenza di leucociti e parecchie cellule epiteliali, numerosi cristalli amorfi disposti ad ammassi. L'esame batterioscopico fu negativo.

Nello stesso giorno sempre colla medesima tecnica inoculai altri 5 c.c. di urina concentrata nella vescica.

Il 2 luglio, l'animale conservava il suo stato normale, temperatura rettale 38.8 C. Urina 120 c.c. di colore giallo paglia, torbida, di reazione alcalina, di peso specifico 1012, conteneva tracce di albumina (0.25 0/0 Esbach). All'esame microscopico constatai numerosi cristalli amorfi e parecchi di fosfato; qualche leucocito e numerose cellule epiteliali pavimentose vescicali. All'esame batterioscopico rilevai la presenza di parecchi cocchi, alcuni disposti isolatamente, altri a catena od ammassati. L'esame culturale mi dimostrò trattarsi di microrganismi saprofiti; infatti le inoculazioni nel cavo peritoneale di cavie di culture pure di questi microrganismi, anche in forti dosi riuscirono inoffensive per l'animale.

Il 3 luglio l'animale era completamente sano, temperatura rettale 38.7 C. Urina 200 c.c., la quale presentava gli stessi caratteri fisici, chimici e microscopici del giorno precedente; l'esame batterioscopico riuscì assolutamente negativo.

Il 4 luglio, la temperatura rettale era 38.4 C. Urina 250 c.c. all'esame chimico e microscopico appariva fisiologica. L'esame batterioscopico fu del pari negativo.

Nello stesso giorno praticai una quarta inoculazione in vescica di 5 c.c. di urina concentrata.

Il 5 luglio la temperatura rettale dell'animale era 38.7 C. Urina 120 c.c., di colore giallo pallido, torbida, di odore sui generis, di reazione alcalina, di densità 1012, conteneva tracce di albumina (0.25 0/00 Esbach). All'esame microscopico constatai numerose cellule epiteliali parecchi leucociti e qualche corpuscolo rosso, non che abbondanti cristalli di fosfati ed altri amorfi. All'esame batterioscopico non rilevai alcuna forma microbica.

Il 6 luglio l'animale fu ucciso. Raccolsi la vescica, la quale venne fissata nel liquido di Müller e poi indurita nella serie degli alcooli. Le sezioni furono colorate con l'ematossilina alluminata e col carminio alluminato. All'esame istologico rilevai: Esteso spezzettamento dell'epitelio, i nuclei colorati in toto ed il protoplasma cellulare vascolizzato; in varì punti del connettivo sotto-epiteliale si notava forte iperemia, ed infiltrazione parvicellulare e dilatazione vasale; tale infiltrazione però molto più lieve era notata anche nello strato muscolare in ispecie attorno ai vasi di esso.

Esperimento 14.° — Con tutte le cautele antisettiche raccolsi l'urina di un uomo sano, ne praticai l'esame chimico e microscopico e assodai trattarsi di urina fisiologica. All'esame batterioscopico rinvenni numerosi batterì ma quasi tutti soprafiti, come in secondo tempo potetti accertarmi; solo vi constatai la presenza del *bacterium coli commune*, però esso non era virulento, come mi dimostrarono gli esperimenti di controllo sulle cavie. Neutralizzai questa urina, e la tenni per 3 ore all'aria libera in un vaso

sterilizzato, indi la riposi in una fiala di ERLENMAYER e la conservai per 15 giorni nel termostato a 37 C. Trascorsi questi quindici giorni, praticai l'esame chimico dell'urina e constatai in esso solo la presenza di ammoniaca. L'esame batterioscopico mi fece notare un numero considerevolissimo di microrganismi di forme svariate; l'esame culturale mi dimostrò la presenza del *bacterium coli commune* e del *proteus vulgaris* senza tener conto dei saprofiti che erano parecchie varietà.

Il 6 luglio ad un coniglio di pelo nero, maschio, del peso di 2000 gr. temperatura rettale 38.7 C. dopo aver praticato lo svuotamento della vescica, ed il lavaggio con acqua sterile, mediante una sonda elastica iniettai in vescica 2 c. c. di questa urina putrefatta. Il 6 luglio l'animale era alquanto depresso, la temperatura rettale 39 2. C. Urina 507 c. c. di colore giallo intenso, torbida, di odore nauseante, di reazione fortemente alcalina, albumina (2.50 $^0/_{00}$ ESBACH), tracce di ammoniaca. All'esame microscopico notai numerose cellule epiteliali vescicali, parecchi leucociti, e qualche corpuscolo rosso, molti cristalli amorfi, e di fosfato. All'esame batterioscopico osservai numerosi cocchi e bacilli, i quali si coloravano bene con i soliti colori di anilina, però il metodo di GRAM riuscì sempre negativo. All'esame culturale potetti identificarli per il *bacterium coli commune* e per il *proteus vulgaris*, però le colture pure di questi microrganismi riuscirono senza effetti allorchè vennero inoculate nella cavità perineale di diverse cavie; constatai pure la presenza d'altre forme di saprofiti, dei quali tenni poco conto.

L'8 luglio l'animale era in buone condizioni, temperatura rettale 38.7 c. urina 50 gr. di colore giallo biancastro, di odore nauseante, torbida di reazione alcalina; densità 1012, conteneva tracce di albumina (10.50 $^0/_{00}$ ESBACH) di ammoniaca, la reazione alla costa del tornasole era appena evidente. All'esame microscopico constatai: parecchie cellule pavimentose epiteliali vescicali, qualche corpuscolo rosso, e diversi leucociti; in numero considerevole erano i cristalli di fosfato e urati. All'esame batterioscopico notai le stesse forme microbiche del giorno precedente però in più scarso numero.

Il 9 luglio la temperatura rettale dell'animale era di 38 C. Urina c. c. i caratteri fisici, chimici e microscopici erano identici a quelli del giorno precedente, salvo che l'albumina era diminuita (0.25 $^0/_{00}$ ESBACH) ammoniaca quasi completamente scomparsa. La flora batterica rinvenuta i giorni innanzi anche era quasi scomparsa.

Il 10 luglio il risultato dell'analisi dell'urina fu quasi simile al giorno precedente, salvo che non si notava più traccia di ammoniaca, l'albumina minima (0.10 $^0/_{00}$ ESBACH) i microbi quasi interamente scomparsi. 11 luglio l'urina era in quantità di 160 c.c. e quasi fisiologica.

In questo stesso giorno con la solita procedura praticai una inoculazione in vescica di 5 c. c. di urina putrefatta.

Il 12 luglio l'animale era morto. Fu estirpata la vescica, la quale fissata nel solito liquido di MÜLLER e colorata con l'ematossilina allumata, col carminio alluminato. All'esame istologico rilevai: L'epitelio in notevole stato di picnosi, lievissima iperemia specie della sottomucosa, infiltrazione parvicellulare localizzata sopratutto attorno ai vasi.

ESPERIMENTO 15.° — La stessa urina del caso precedente, appena tolta

dal termostato una porzione fu filtrata attraverso il filtro di CHAMBERLAND e conservata in un recipiente sterilizzato.

Ad un coniglio dal pelo rossastro, del peso di 2300 gr. temperatura rettale 38 6. C. fu introdotta per via dell'uretra una sonda elastica, e svuotata la vescica, e praticati ripetuti lavaggi in acqua sterilizzata, e per la stessa via inoculai in vescica 10 c. c. di questa urina filtrata.

Il giorno dopo 10 luglio l'animale era alquanto depresso, la temperatura rettale 38,9 C. Urina 25 c. c. di colore giallo biancastra, assai torbida, di odore sui generis, di reazione alcalina, di densità 1010, conteneva albumina (0.50 $^0/_{00}$ ESBACH). Al microscopio constatai: numerose cellule epiteliali vescicali, parecchi leucociti e cristalli amorfi e numerosi fosfati. All'esame batterioscopico notai parecchi cocchi, bacilli, saprofiti, come più tardi mi dimostrarono le prove culturali, e le inoculazioni sugli animali.

Il giorno 11 luglio lo stato generale dell'animale era migliorato, la temperatura rettale 38 C. Urina 25 gr. i caratteri erano presso a poco quelli dell'urina del giorno precedente, solo l'albumina era diminuita.

Il giorno 12 luglio l'animale era nuovamente depresso, la temperatura rettale era 38.9 C. Urina 10 c. c., i caratteri erano identici a quelli del giorno innanzi.

Il 13 luglio l'animale era morto. La vescica era piena di urina 150 c. c. e più. La vescica fu asportata e trattata secondo il metodo solito. Le sezioni furono del pari colorate con l'ematossilina alluminata e con il carminio alluminato, all'esame istologico notai: desquamazione epiteliale abbastanza diffusa; infiltrazione parvicellulare in grado modico, però a chiazze, in ispecie della sottomucosa, tale infiltrazione era fatta a preferenza da linfatici mononucleari; lieve iperemia vasale; lo strato muscolare era ben conervato.

ESPERIMENTO 16.° — Raccolsi l'urina di un infermo di scarlattina e vi aggiunsi 0.50 di acido carbolico, la tenni in una fiala per 12 ore e dopo la filtrai per carta comune da filtro; il filtrato fu rifiltrato per il filtro di CHAMBERLAND.

Ad un coniglio del pelo nero, del peso di 2200 gr. temperatura rettale 38.4 C. praticai il solito svuotamento a lavaggio vescicale con acqua sterilizzata mediante una sonda elastica introdotta per la via dell'uretra. Per questa stessa sonda feci pervenire nella vescica 15 c. c. di questa urina filtrata.

L'animale poco dopo fu pigliato da uno stato di depressione, la temperatura aumentò di molto, 39.9 C. e 12 ore dopo la inoculazione morì.

ESPERIMENTO 17.° — Ad un coniglio tutto bianco del peso di 2000 gr. temperatura rettale 38.7 C. praticai il solito svuotamento e lavaggio vescicale, e quindi per la stessa sonda feci arrivare in vescica 2 c. c. della urina servitami per l'esperimento precedente.

Il giorno seguente 12 luglio, l'animale era depresso, la temperatura rettale era 39.9 C. Urina 30 c. c. di color giallo chiaro, torbida di reazione alcalina, densità 1012 conteneva albumina (2 $^0/_{00}$ ESBACH). All'esame microscopico notai: numerosi leucociti, parecchie cellule epiteliali pavimentose vescicale, non che cristalli di fosfati, ed altri amorfi. All'esame batterioscopico rilevai: parecchi cocchi variamente aggruppati, colorabili con i comuni colori di anilina, ma le ricerche consecutive e le inoculazioni sugli animali mi dimostrarono che erano dei semplici saprofiti.

Tenni l'animale in riposo fino al 30 luglio; quasi ogni giorno praticavo l'esame delle urine, le quali a poco a poco divennero normali. Dopo 18 giorni uccisi l'animale, estirpai la vescica, la quale studiata istologicamente non mi fece rilevare nulla di notevole.

ESPERIMENTO 18.° — Ad un coniglio del pelo rossastro del peso di 2300 gr. temperatura rettale 38.4 C. praticai con tutte le cautele antisettiche una legatura al collo della vescica, indi con un sottile ago di siringa di PRAVATZ feci, mediante la puntura soprapubica, pervenire in vescica 2 c. c. di urina concentrata (1 litro di urina ridotta a 25 c. c.). Dopo 5 ore tolsi la legatura, e suturai la piccola ferita.

Il giorno dopo 27 giugno l'animale era assai depresso, temperatura rettale 39.8 C. Urina 10 c. c. di color giallo rossastro, torbida, di odore nauseante, di reazione alcalina, conteneva albumina (1.50 $^0/_{00}$ ESBACH). All'esame microscopico constatai: numerosi leucociti e parecchi corpuscoli rossi, cellule epiteliali pavimentose vescicali, altre rotonde ed altre ovoidee, ammassi di cristalli di fosfati. L'esame batterioscopico riuscì negativo.

Il 28 giugno l'animale era maggiormente depresso, la temperatura rettale 39. 9. C. rifiutava il vitto. Urina 15 c. c. i caratteri fisici, chimici e microscopici erano perfettamente identici a quelli dell' urina del giorno precedente. L'esame batterioscopico mi fece rilevare parecchi batterì, sia sotto forma di cocchi che di bacilli; però l'esame culturale e le prove d'inoculazione sulle cavie mi dimostrarono trattarsi di saprofiti.

Il 29 giugno l'animale morì. Fu estratta la vescica e fissata con il solito metodo, la colorazione del pari fu la solita, ematossilina alluminata ed allume carminio. All'esame istologico delle regioni notai: Le pareti interne della vescica si mostravano completamente accollate tra di loro; i due epitelii venuti a contatto erano abbastanza ben conservate, sebbene le cellule si mostrassero raggrinzite ed impicciolite, senza poter più distinguere il limite di ciascuna cellula; il connettivo sottostante si mostra abbondante ma di esso si scorgeva solo lo stroma; le fibre muscolari anche esse erano ben conservate, però condensate, e quindi più facilmente colorabili.

ESPERIMENTO 19.° — Ad un coniglio dal pelo bianco, del peso di 2409 gr. temperatura rettale 38. 2 C., praticai con tutte le regole antisettiche una legatura a borsa della vescica, previo svuotamento e lavaggio di essa con acqua sterile: indi mediante la puntura soprapubica fatta con un sottile ago sterile della siringa di PRAVATZ furono inoculati nella vescica 2 c.c. di urina di uomo sono tenute a putrefare per 15 giorni a temperatura di 37 C. Dopo 12 ore fu tolta la ligatura e suturata nuovamente la piccola ferita cutanea.

Il giorno, dopo 27 luglio, l'naimale era depresso, la temperatura rettale 39.9 C., rifiutava il vitto, era assolutamente comatoso. Urina 25 c.c., torbida, di colore giallo rossastro, di cattivo odore, conteneva albumina (1.50$^0/_{00}$ ESBACH) peso specifico 1014; assai sensibile era la reazione dell'ammoniaca. All'esame microscopico constatai: numerosi leucociti, qualche corpuscolo rosso, grande accumulo di cristalli di fosfato ed altri amassati, parecchie cellule epiteliali pavimentose vescicale, altre rotonde ed ovali. L'esame batterioscopico mi mostrò una ricca flora batterica, fra questi microbi, mediante le ricerche culturali, potetti identificare il *bacterium coli commune* e il *proteus vulgaris*, le culture pure di questo secondo microbo,

inoculate nelle proporzioni di 3. c.c. nel cavo peritoneale di una cavia ne produssero la morte per setticemia in 3 giorni. Delle altre forme microbiche rinvenute assodai trattarsi di saprofiti.

Il 28 luglio l'animale era morto. Asportai la vescica che fissai una porzione nel liquido di Müller per la ricerca istologica, ed un'altra parte nella serie degli alcooli per la ricerca batterioscopica. Le sezioni colorate con l'ematossilina alluminata o con il carminio alluminato al microscopio non fu possibile riconoscere alcuna struttura per la grande infiltrazione di pigmento granulare rosso bruno forse dovuto a sali dell'urina ? Le sezioni dopo sparaffinate ed allontanato lo xilolo mercè l'alcool assoluto, furono tenute in una soluzione acquosa di acido acetico, altre in soluzione di acido cloridrico, altre in soluzione assai debole di soda, ma i pigmenti granulosi restarono insolubili in tutti questi reattivi. Le colorazioni fatte con la fuxina fenica furono del pari negative.

Esperimento 20.° — Ad una cagna nera del peso di 5460 gr., temperatura rettale 38.4 C., mediante una sonda elastica sterilizzata introdotta per la via dell'uretra praticai lo svuotamento della vescica e ripetuti lavaggi con acqua sterile; indi misi a nudo la vescica con ogni cautela antisettica, e la suturai a livello del collo vescicale; poscia suturai i due ureteri a livello dello sbocco vescicale, quindi li recisi e ne praticai l'innesto ai margini della ferita cutanea. Chiusi con diversi piani di sutura le parti molli, e l'animale fu tenuto in osservazione. Dopo 7 giorni godeva buona salute, e le funzioni urinarie si compivano regolarmente per via della ferita.

Con un ago sterile di una siringa del Pravatz punsi per la via soprapubica la vescica, e v'inoculai 10 c. c. di urina putrefatta.

L'animale cominciò ad essere abbattuto, poco si alimentava, la temperatura rettale aumentò fino a 40. 5 C., finalmente cadde in un coma profondo e dopo 4 giorni morì. All'autopsia la vescica non conteneva che poche goccie di urina. L'esame batterioscopico di questa urina mi fece rilevare numerosi microrganismi, cioè cocchi disposti in vario modo, tutti colorabili con i soliti colori di anilina, e bacilli del pari colorabili; sì per gli uni che per gli altri la colorazione con il metodo di Gram riuscì negativa. Le prove culturali mi dimostrarono trattarsi del *proteus vulgaris* e di altre forme di saprofiti dei quali ne tenni poco conto. Le culture pure di questo *proteus vulgaris* inoculate nelle proporzioni di 3. c.c. ad una cavia del peso di 400 gr. la uccisero di setticemia.

La vescica del cane fu asportata, però per pura distrazione fu fissata interamente nel liquido di Müller, sicchè mi dovetti accontentare della sola ricerca istologica. Infatti le sezioni furono colorate con l'ematossilina alluminata e col carminio alluminato. All'esame istologico notai: diffusa infiltrazione parvicellulare di tutte le pareti vescicali, l'epitelio solo in qualche raro punto era conservato, ipercromatofilo, si notava pure una modica iperemia specie dei piccoli vasi.

Esperimento 21.° — Ad un coniglio, dal pelo bianco e nero, del peso di 2200 gr. la temperatura rettale 38. 4 C., con le solite cautele antisettiche praticai la ligatura della vescica a livello del collo, indi mediante un sottile ago di siringa di Pravatz sterilizzato, eseguii la puntura soprapubica della vescica, e feci arrivare nel cavo vescicale 10 c. c. di urina umana fisiologica putrefatta e filtrata per il filtro di Chamberland. Dopo 5 ore tolsi la legatura.

Il giorno dopo 10 luglio l'animale era completamente sano, temperatura rettale 38. 7 C. Urina gr. 200 di colore giallastro, torbido, di reazione alcalina, di peso specifico 1012, tracce di albumina (0.25°/₀₀ ESBACH). All'esame microscopico constatai numerosi leucociti, parecchie cellule epiteliali pavimentose vescicali, ed ammassi di cristalli amorfi e di fosfati. All'esame batterioscopico fatto con tutte le regole antisettiche non rinvenni alcun microrganismo.

L'11 luglio le condizioni locali erano completamente migliorate, la temperatura rettale dell'animale era 38.6 C. non si riscontrarono più tracce di albumina nelle urine.

Il giorno 12 luglio le urine erano completamente normali.

Nello stesso giorno mediante tutte le cautele antisettiche aprii la cavità addominale e praticai una sutura della vescica al disopra dello sbocco degli ureteri, e al fondo della vescica mediante una puntura con un ago sottilissimo di una siringa del PRAVATZ feci arrivare nell'interno 20 c. c. di urina putrefatta e filtrata per il filtro di CHAMBERLAND. Con doppio piano di sutura rinchiusi la cavità addominale e la ferita cutanea fu spalmata con collodione.

L'animale incominciò a mostrarsi sofferente, rifiutava il vitto, la temperatura rettale aumentò fino a 40, 2 C. e poi diminuì fino a 36. C. L'urina era sempre torbida, il peso specifico 1014, la reazione alcalina, e conteneva albumina che oscillò da 0.50 ad 1.50 °/₀₀ (ESBACH).

Dopo 4 giorni, il 17 luglio, l'animale morì. All'autopsia notai la vescica ridotta di volume, vuota, dall'aspetto di una escara necrotica, grigiastra, aderente al retto, ed in un punto si era formata addirittura una fistola vescico-rettale. Il lume vescicale era grandemente ristretto.

La vescica fu fissata nel liquido di MÜLLER ed indurita nella serie degli alcooli. Le sezioni furono colorate con l'ematossilina alluminata e col carminio alluminato. All'esame istologico notai: Necrosi diffusa dell' epitelio superficiale, con essudato fibrinoso, al disopra dei residui necrotici e nella spessezza dei tessuti si notava enorme infiltrazione parvicellulare dei corpuscoli mono e poli nucleati in predominio però i primi; i più superficiali quelli che invadevano la massa necrotica sono notevolmente frammentati e pignotici. Anche lo strato muscolare era vivamente infiltrato, ed i nuclei delle singole fibre erano appena visibili (Vedi Tavola. Fig. 2.ª).

ESPERIMENTO 22.° — Ad un coniglio di pelo rossastro, del peso di 2030 gr., temperatura rettale 38.4. C., aprii con tutte le cautele antisettiche la cavità addominale e praticai la sutura della vescica a livello del collo, previo lavaggio della vescica mediante una sonda elastica introdotta dalla via dell'uretra. Indi praticai la legatura dei due ureteri, che immediatamente dopo recisi al disopra della sutura e lasciai liberi nel cavo addominale. Mediante un sottile ago sterilizzato di una siringa del PRAVATZ inoculai nella vescica 10 c. c. di urina umana normale fatta putrefare e dopo filtrata per il filtro di CHAMBERLAND; con doppio piano di sutura fu chiusa la cavità addominale.

Dopo 24 ore l'animale cominciò ad avere elevazione di temperatura 39 c. se ne stava accovacciato, rifiutava il vitto. Dopo 48 ore la temperatura era salita a 39.8 C., aveva delle contrazioni del treno posteriore che gradatamente divennero generali, spiccava dei salti urtava contro le pareti della gabbia,

non si alimentava. Finalmeute al 3.° giorno cadde in decubito laterale e se ne stava tranquillo senza mai alimentarsi, e scosso ricadeva in questa posizione, la temperatura rettale era 37.9 C. Al quarto giorno sopravvenne il coma e la temperatura rettale era 36. 8 C. non si moveva e poco rispondeva agli stimoli che gli si facevano. Al 5.° giorno morì. Alla sezione trovai la vescica vuota di urina, le pareti erano accollate l'una all'altra pareva avvizzita, il lume era diminuito di ampiezza. La vescica fu asportata e fissata nel liquido di MÜLLER. Le colorazioni delle sezioni furono fatte con l'ematossilina alluminata e con il carminio alluminato. All'esame istologico osservai: Desquamazione epiteliale abbastanza diffusa, notevole iperemia della sottomucosa fatta a preferenza dei linfatici mononucleari, modica iperemia vasale, lo strato muscolare era ben conservato.

ESPERIMENTO 23.° — Da un inferma d'eresipela della faccia e del petto abbastanza grave, nel periodo dell'acme della malattia raccolsi le urine, alle quali aggiunsi 0.50°/₀₀ di tricresolo e la lasciai in una fiala per 24 ore; filtrai questo liquido per un comune filtro di carta bibula e poscia rifiltrai per il filtro di CHAMBERLAND.

Ad un coniglio del peso di 2600 gr. di colore bianco, temperatura rettale 38, 2 C. mediante una sonda elastica disinfettata introdotta in vescica per la via dell'uretra, praticai lo svuotamento della vescica ed il lavaggio; per la stessa sonda feci pervenire in vescica 5 c. c. di questa urina erisipelatosa. L'indomani l'animale si mostrava abbattuto, la temperatura era 39. 6 C.; di tratto in tratto aveva delle contrazioni del treno superiore ed altre volte dell'inferiore, più tardi delle vere contrazioni generali, e poi convulsioni. L'urina 25. c. c. era di color giallo, torbida, di reazione alcalina, di peso specifico 1012, conteneva albumina (2 °/₀₀ ESBACH). All'esame microscopico constatai parecchie cellule epiteliali vescicale pavimentose, fusiforme ed ovoidali, parecchi cilindri renali, numerosi leucociti disfatti altri in via di disfacimento, non che corpuscoli rossi; cristalli di fosfati ed urati ed altri amorfi. L'esame batterioscopico fu negativo.

Dopo 48 ore le condizioni dell'animale erano peggiorate, aumentate le convulsioni, la temperatura 39.9 C. rifiutava il vitto e spesso cadeva in uno stato comatoso, del quale difficilmente si destava. Urina appena 15 c c. torbida, gialla rossastra, di reazione alcalina, contenevano albumina (3°/₀₀ ESBACH). L'esame microscopico fu identico al precedente.

Al terzo giorno l'animale era morto. Estirpata la vescica e fissata al modo solito cioè nel liquido di MÜLLER le sezioni furono colorate con l'ematossilina alluminata, e al microscopio constatai le solite alterazioni del processo infiammatorio vescicale.

ESPERIMENTO 24.° — Raccolsi l'urina di un inferma affetta da endometrite puerperale in gravi condizioni generali, vi aggiunsi 0,50 °/₀ di tricresolo e dopo 24 ore filtrai queste urine per una carta da filtro, e più tardi le rifiltrai per il filtro di CHAMBERLAND.

Ad un coniglio, tutto bianco, del peso di 2300 gr. temperatura rettale 37.9 C. mediante una sonda elastica introdotta per l'uretra svuotai la vescica, e praticai il lavaggio di essa con acqua sterile, per la stessa sonda feci pervenire in vescica 5 c.c di detta urina.

L'indomani l'animale si mostrò fortemente depresso, se ne stava accovacciato, rifiutava il vitto, la temperatura rettale era 39.9 C. Urina

emessa 50 c.c. di color rossastro, la densità 1016, la reazione era acida, conteneva grande quantità di albumina (4 $^0/_{00}$ Esbach). All'esame microscopico constatai numerose cellule epiteliali e corpuscoli linfatici, parecchi corpuscoli rossi, e qualche granulo di pus, scarsi cristalli di fostati e cloruri. L'esame batterioscopico fu negativo.

Dopo 48 ore le condizioni generali dell'animale erano più gravi la temperatura rettale era 40.2 C. L' urina emessa era 70 c.c. essa presentava i medesimi caratteri del giorno precedente, anche l'albumina mostravasi nelle medesime proporzioni.

Al 3.° giorno le condizioni si aggravarono, la temperatura rettale oscillava tra 40 a 40.5 C. Le urine erano assai scarse 30 c.c. la quantità di albumina era sempre costante.

Al 4.° giorno l'animale morì.

Esperimento 25.° — Da un bambino di 7 anni affetto da difteria delle fauci, raccolsi l'urina durante l'ultimo periodo della malattia, a questa orina vi aggiunsi come al solito 0.50 $^0/_0$ di ticresolo, e lasciai il tutto per 24 ore. L'indomani filtrai per carta comune da filtro e poscia rifiltrai per il filtro di Chamberland.

Ad un coniglio dal pelo nero, del peso di 2000 gr. temperatura rettale 38.4 C. mediante una sonda elastica sterilizzata introdotta in vescica per la via dell'uretra vuotai la vescica, e praticai il solito lavaggio con acqua sterile; allora per la stessa sonda feci pervenire nella vescica 5 c.c. di detta urina.

Dopo 24 ore l'animale era abbattuto, la temperatura rettale era 39.6 C. aveva qualche contrazione degli arti che poi si diffusero a tutto il corpo, e divennero delle vere convulsioni, rifiutava il vitto. L' urina emessa era 50 c.c. di colore giallo rossastro, di reazione alcalina, di peso specifico 1014, conteneva grande quantità di albumina (5 $^0/_{00}$ Esbach). All'esame microscopico, constatai la presenza di un gran numero di leucociti, e parecchi corpuscoli rossi, cellule epiteliali pavimentose vescicali, di più si osservavano altre forme di cellule rotonde, fusiforme, parecchi cilindri renali, grande abbondanza di cristalli di fosfato, cloruro ed urati. L' esame batterioscopico fu negativo.

Dopo 48 ore le condizioni generali dell' animale non migliorarono per nulla, solo la temperatura rettale diminuì 38 C. l'animale era in uno stato comatoso, di tratto in tratto era preso da forti convulsioni che durarono parecchi minuti, e poi ricadeva nel primitivo stato. L' urina emessa era di 30 c.c. i caratteri fisici, chimici e microscopici di questa erano del tutto simili al giorno precedente.

Al 3.° giorno l'animale era morto.

Esperienza 26.ª — Ad un cane del peso di 5260 gr. temperatura rettale 38.6 C. produssi delle estese scottature di 1.° e 2.° grado al dorso ed al torace, mediante acqua bollente; immediatamente dopo l'animale cominciò a gridare e a dimenarsi, emise piccole ma ripetute quantità di urina, aveva sete, ma immediatamente dopo aver bevuto ricacciava l'acqua introdotta; la temperatura rettale dopo qualche ora si elevò a 39.8 C. il respiro divenne affannoso. A capo di 24 ore questi sintomi divennero più accentuati emetteva delle grida lamentose, la temperatura rettale era 40.6 C. le urine scarse e sanguinolente.

Raccolsi le urine delle 24 ore cioè 100 c.c., le filtrai per il filtro di CHAMBERLAND, e di esse mi servii per gli esperimenti che dirò:

Ad un coniglio dal pelo bianco del peso di 2010 gr. temperatura rettale 37.9 C. mediante una sonda elastica introdotta per l'uretra in vescica praticai lo svuotamento vescicale ed il lavaggio con acqua sterile, indi per la stessa via feci arrivare in vescica 5 c.c. di detta urina. Poco dopo l'inoculazione l'animale si mostrava depresso e 24 ore dopo la temperatura rettale arrivava a 38.5 C. più tardi a 39 C. Le urine erano di un colore giallo rossastro, di reazione alcalina, di peso specifico 1012, contenevano tracce di albumina. All'esame microscopico constatai: pochi leucociti e qualche globulo rosso, parecchi cristalli di fosfati e cloruri, parecchie cellule epiteliali pavimentose. L'animale andava ripigliandosi gradatamente nello stato generale, e le urine gradatamente si avvicinavano al tipo normale.

Dopo 6 giorni l'animale era completamente guarito, allora colla medesima procedura inoculai in vescica 10 c.c. della stessa urina. La temperatura rettale, che era di 38.4 C. rapidamente salì a 40 C. lo stato dello animale era assai depresso, rifiutava il vitto, se ne stava accovacciato, scosso, non aveva quasi più la forza di muoversi. Le urine erano scarsissime, appena 25 c.c. ne potetti raccogliere in 24 ore, esse erano di colore rossastro, torbide, di reazione alcalina, di densità 1014 contenevano albumina (3 °/oo ESBACH). All'esame microscopico si rilevava la presenza di parecchi leucociti e corpuscoli rossi del sangue, numerose cellule epiteliali pavimentose, e cristalli di fosfato e cloruri disposti in veri ammassi.

Le condizioni dell'animale andarono sempre peggiorando, l'urina divenne dopo 48 ore dalla 2.ª inoculazione scarsissima, però i caratteri fisici e chimici erano gli stessi. Al 4.° giorno l'animale morì.

ESPERIENZA 27.ª — Ad un coniglio dal pelo bianco, del peso di 2200 gr. temperatura rettale 38.4 C. ho inoculato sotto la cute dell'addome 5 c.c. di urina filtrata del cane scottato, il coniglio qualche ora dopo l'inoculazione trovava qualche difficoltà nella deambulazione, specialmente negli arti posteriori, da sembrare paretico, vi si appoggiava sopra, ed emetteva grida, per intenso dolore interno, era irrequieto nella gabbia, e continuavano le grida dolorose; scosso pareva che avvertisse poco.

Dopo 24 ore cadde in uno stato di sonnolenza con respiro accentuato e profondo, di tratto in tratto emetteva delle grida acute; la temperatura rettale scese a 35.4 C. sopravvennero diarrea e il coma profondo. Dopo 48 ore il coma continuava ad essere profondo, ed aveva contrazioni dell'estremità, la temperatura rettale diminuì 34 C. e finalmente l'animale in 3 a 4 giorni morì.

Durante questo tempo le urine emesse furono scarse, nelle prime 24 ore raccolsi appena 50 c.c. di urina, la quale era rossa, torbida, di reazione alcalina, peso specifico 1014, conteneva albumina (3 °/oo ESBACH). All'esame microscopico rinvenni cellule epiteliali pavimentose vescicali in gran numero, molti leucociti, alcuni disfatti, altri allo stato normale, parecchi corpuscoli rossi, e scarso numero di cristalli di fosfati, cloruri ed urati.

All'autopsia trovai la vescica ripiena di urina, all'esame questa urina aveva gli stessi caratteri di quella esaminata durante la vita dell'animale: anche la quantità di albumina era nelle medesime proporzioni.

ESPERIMENTO 28.°. — Ad un coniglio dal pelo rossiccio, del peso di 1700 gr. temperatura rettale 38.3 C. ho praticato una inoculazione sotto-

cutanea con tutte le cautele batteriologiche di 10 c.c. di urina filtrata dello infermo, detto innanzi, di difterite.

Dopo poco dall'inoculazione al sito dell' innesto si manifestò una tumefazione edematosa più o meno estesa al tessuto cellulare, la temperatura rettale aumentò 39.9 C. e più tardi arrivò a 40.5 C. l'animale era fortemente depresso, se ne stava in decubito laterale con paralisi degli arti posteriori, dopo 5 giorni morì. L'urina raccolta durante il periodo, nel quale l'animale rimase in vita, fu assai scarsa, meno di 50 c.c. al giorno, essa era di un colore giallo rossastro, di reazione alcalina, il peso specifico era 1014 a 1016, conteneva albumina da 1 1|2 a 4 gr. °|₀₀ (ESBACH). All'esame microscopico constatai numerose cellule epiteliali pavimentose altre rotonde e fusiformi vescicali, parecchi leucociti disfatti ed altri in via di disfacimento, molti corpuscoli rossi, cilindri renali e cristalli di fosfati e cloruri.

All' autopsia la vescica era ripiena di urina, la quale aveva gli stessi caratteri di quella esaminata durante la vita dell' animale, le pareti della vescica erano sottili, perchè fortemente distesa, iperemica ed in qualche punto tappezzata da un essudato fibrinoso. Si constatava ancora versamento pleurico, rigonfiamento e congestione delle capsule surrenali, emorragia nel tessuto delle glandule linfatiche; tutti gli organi interni erano iperemici.

ESPERIENZA 25.ª. — Ad un coniglio dal pelo nero, del peso di 2500 gr. temperatura rettale 38.2 C. praticai una inoculazione nel cavo peritoneale di 5 c.c. di urina filtrata per il filtro di CHAMBERLAND di un infermo di erisipela della faccia. Dopo 24 ore dalla inoculazione la temperatura si elevò 39.8 C. emise poca quantità di urina 30 c.c. di colore bianco sporco, torbida, di reazione alcalina, peso specifico 1016, conteneva albumina (1 gr. °/₀₀ ESBACH). All'esame microscopico constatai numerosi leucociti, e cellule pavimentose vescicali, parecchi corpuscoli rossi, e qualche cilindro renale. Lo esame batterioscopico fu negativo.

Dopo 48 ore la temperatura rettale era 40.2 C. l'animale era depresso rifiutava il vitto, stava quasi in un coma profondo. L' urine emesse erano assai scarse 26 c.c. di colore rosso carico, torbida, di reazione alcalina, peso specifico 1016, contenevano albumina (2 ¹|₂ °|₀₀ ESBACH). All' esame microscopico constatai numerosi leucociti e corpuscoli rossi, parecchie cellule epiteliali pavimentose vescicali, cilindri renali, numerosi cristalli di fosfato, carbonati ed urati. L'esame batterioscopico fu negativo.

Dopo 3 giorni dall'inoculazione questi fenomeni aumentarono, la temperatura rettale era 40.2 C. il coma divenne profondo e l' animale al 4.° giorno morì, manifestando tutte le note di una tossiemia.

ESPERIMENTO 30.°. — Ad un coniglio dal pelo bianco del peso di 2300 gr. temperatura rettale 38.5 C. mediante una siringa del PRAVATZ con tutte le cautele antisettiche ho inoculato nel cavo peritoneale 10 c.c. di urina filtrata di infermo di scarlattina.

Dopo 24 ore dall'inoculazione l'animale ebbe aumento di temperatura 39.9 C. perdita di appetito, l'animale rifiutava il vitto, diarrea abbondante. L'urina era scarsa di un colore rossastro, torbida, di reazione alcalina, peso specifico 1014 conteneva albumina (1 1|2 °|₀₀ ESBACH). All' esame microscopico notai numerosi leucociti e corpuscoli rossi, parecchie cellule epiteliali pavimentose vescicali, qualche raro cilindro, e un numero considerevole di cristalli di fosfato, carbonati ed urati, non che molti cristalli amorfi.

Lo stato dell'animale andò peggiorando sempre, e dopo 3 giorni morì, la composizione delle urine si mantenne invariata.

ESPERIMENTO 31.ª. — Ad un coniglio dal pelo rosso, del peso di 2020 gr. temperatura rettale 38.3 C. praticai mediante le cautele antisettiche una inoculazione nella cavità peritoneale di 5 c.c. di urina filtrata per il filtro di CHAMBERLAND di un'inferma di febbre puerperale.

Dopo 24 ore dalla inoculazione l'animale ebbe aumento di temperatura 39.8 C. rifiutava il vitto, e se ne stava accovacciato, forte diarrea qualche volta sanguinolenta. Le urine erano scarse 50 c.c. in tutte le 24 ore, di colore giallo rossastro, contenevano albumina (2 °/₀₀ ESBACH). All'esame microscopico constatai: leucociti e corpuscoli rossi in gran numero, cellule epiteliali pavimentose vescicali, gran numero di cristalli di fosfati e carbonati.

Le condizioni di salute dell'animale andarono peggiorando, la temperatura aumentò fino a 40.5 C. temperatura rettale, la diarrea si mantenne ostinata, le condizioni dell'urina rimasero invariate. Dopo 4 giorni la temperatura diminuì gradatamente 38.4 C. fino a 36.2 C. più tardi 35 C. temperatura rettale, il coma persisteva, e le urine divennero sempre più scarse, contenevano albumina, ed al 5.° giorno l'animale morì.

III SERIE. — **Inoculazione di sostanze, che determinano alterazioni anatomiche della vescica.**

Sempre allo scopo di assodare la patogenesi della cistite, ho voluto vedere se alcune sostanze capaci di produrre delle alterazioni anatomiche delle pareti vescicali fossero capaci di determinare un quadro fenomenico simile a quello che si ha nella cistite prodotta dal lavorio batterico. A tale scopo ho istituite diverse ricerche:

ESPERIMENTO 32.°. — Il 21 luglio ad un coniglio dal pelo bianco, del peso di 2.600 gr. temperatura rettale, 38.4 C. mediante una sonda elastica introdotta dall'uretra svuotai la vescica, e introdussi per la stessa via 20 c.c. di acqua alla temperatura di 2 C. chiusi l'estremo libero della sonda, e lasciai per 5 minuti l'acqua in vescica, indi aprii la sonda, ne feci uscire quest'acqua e ve ne introdussi altri 20 c.c. alla stessa temperatura, e richiusi la sonda: questa operazione la ripetetti per 5 volte.

Il 22 luglio la temperatura dell'animale era 38.9 C. L'urina emessa era 125 gr. di colore giallo-biancastra, di reazione alcalina, densità 1012 conteneva tracce di albumina. All'esame batterioscopico si osservarono parecchi leucociti e cellule epiteliali vescicali, e numerosi cristalli di fosfati e carbonati. Nello stesso giorno ripetetti la inoculazione in vescica d' acqua fredda.

Il 23 luglio raccolsi con la solita tecnica l'urina: 30 c.c. essa era biancosporca, torbida, di reazione alcalina, di densità 1020, conteneva tracce di albumina.

All'esame microscopico constatai parecchi leucociti e cellule pavimentose epiteliali, numerosi cristalli di fosfato, carbonati ed urati.

Il 24 luglio: temperatura dell'animale 38.9 C. urina 50 c.c. colore giallo biancastro, torbida, reazione alcalina, peso specifico 1012 conteneva albumina (0.50 °/₀₀ ESBACH). All'esame microscopico notai un numero maggiore di leucociti del giorno precedente, parecchie cellule pavimentose vescicali e

numerosi cristalli di fosfati, carbonati, non che un numero considerevole di cristalli amorfi disposti in vario modo per lo più ad ammassi. Nello stesso giorno ripetetti la inoculazione in vescica di acqua fredda per parecchie volte.

Il 25 luglio: temperatura rettale 39.2 C. Urina 30 c.c. di colore bianco sporco, torbida, di reazione alcalina, densità 1012, conteneva albumina (1.50 °/₀₀ ESBACH).

All'esame istologico rilevai la presenza di leucociti, cellule pavimentose epiteliali vescicali, cristalli di fosfato e carbonati.

Il 26: la temperatura rettale dell'animale era 38.9 C. urina 40 c.c. essa presentava gli stessi caratteri di quella dei giorni precedenti.

Il 27 luglio: temperatura rettale dell'animale 38.8 C. urina 50 c.c. l'esame di essa fu simile a quello del giorno innanzi.

L'animàle fu ucciso, e fu estirpata la vescica e fissata nel liquido di MÜLLER, le sezioni furono colorate colla ematossilina alluminata e col carminio alluminato. All'osservazione microscopica rilevai: desquamazione epiteliale, e fortissima infiltrazione parvicellulare limitata nettamente agli strati superficiali della sottomucosa (Vedi Tavola Fig. 1.ª).

ESPERIMENTO 33.°. — Ad un coniglio dal pelo nero, del peso di 2400 gr. temperatura rettale 38.4 C. mediante una sonda elastica sterilizzata praticai lo svuotamento vescicale, quindi una inoculazione in vescica di acqua distillata acidificata al 20 °/₀ di acido acetico.

L'animale fu pigliato da anuria completa, e dopo 48 ore morì. Alla sezione trovai la vescica ripiena di urina 40 c.c. fortemente iperemica. Questa urina rinvenuta in vescica era di colore giallo rossastro, di reazione alcalina, torbida, peso specifico 1010, conteneva albumina (2.50 °/₀₀ ESBACH). All'esame microscopico rilevai numerosissimi leucociti disfatti, cellule epiteliali alterate, in altre si riscontrava ancora la forma pavimentosa, altre erano rotonde e fusiformi, non che cristalli amorfi.

La vescica fu estirpata e fissata nel liquido di MÜLLER e colorate le sezioni con ematossilina alluminata e carminio alluminato. All'esame istologico osservai: distruzione epiteliale, in alcuni punti infiltrazione parvicellulare di tutte le pareti vescicali e modica iperemia vasale.

ESPERIMENTO 34.ª. — Ad un coniglio dal pelo rossastro, dal peso di 2400 gr. temperatura rettale 38.2 C. mediante la solita sonda elastica introdotta dall'uretra praticai lo svuotamento della vescica ed il lavaggio con acqua sterile; per la stessa via feci arrivare in vescica 2 c.c. di olio essenziale di trementina.

Il giorno dopo 27 giugno; l'animale era depresso, temperatura rettale 38.8 C. emise 10 c.c. di urina di color giallo rossastro, di reazione alcalina di odore di trementina, conteneva albumina 3 gr. °/₀₀ (ESBACH). All'esame microscopico constatai numerosi leucociti, corpuscoli rossi e numerose cellule epiteliali distrutte, alcune completamente necrotiche, altre in stato normale, parecchi cristalli amorfi.

Il giorno 28 giugno: l'animale era del pari depresso, la temperatura rettale 39.4 C. L'urina emessa 50 c.c. di colore giallo rossastro, di reazione alcalina, di odore di trementina, conteneva albumina (2 gr. °/₀₀ ESBACH). All'esame microscopico constatai le medesime note dell'urina del giorno precedente.

Il 29 giugno: l'animale si mostrava più sollevato, incominciò a pigliare il vitto, la temperatura rettale 38.4 C. L'urina emessa era 25 c.c. di color giallo rossastro, di odore lievemente di trementina, conteneva albumina (1 gr. °/₀₀ Esbach). L'esame microscopico fu identico, solo le cellule epiteliali vescicali apparivano in maggior numero.

Il giorno 30 giugno: lo stato generale dell'animale era assai più ripigliato, temperatura rettale 38.4 C. L'urina emessa era 120 gr. di colore giallastro, non si sentiva più l'odore di trementina, la reazione era alcalina il peso specifico 1010, conteneva tracce di albumina. All'esame microscopico constatai: leucociti e qualche globulo rosso, parecchie cellule epiteliali pavimentose vescicali, parecchi cristalli di fosfato e carbonato, molti cristalli amorfi disposti ad ammassi.

Il 1.° luglio: l'animale era quasi completamente guarito nel generale. L'urina emessa era 250 gr. priva di albumina, di colore giallo pallido, di odore sui generis di reazione alcalina, di peso specifico 1012.

Il 2 luglio: l'animale godeva ottima salute, l'urina era divenuta quasi fisiologica. Volli colla solita teorica praticare una seconda inoculazione in vescica di 2 c.c. di olio di trementina.

Il 3 luglio: trovai morto l'animale. Alla sezione osservai la vescica ridotta come una membranella di cartapecora, vuota di urina, emanava un odore di trementina: fu asportata e messa nel liquido di Müller essa restava a galla, per cui pensai di fissarla nella serie degli alcooli. Le sezioni furono colorate con il solito colore, cioè ematossilina alluminata. All'esame istologico notai: l'epitelio raddensato con cellule però ben conservate e con nuclei poco colorabili; quel che era caratteristico, l'enorme aumento dello stroma della mucosa che rappresentava da solo più della metà dello spessore della parete, questo connettivo aveva l'apparenza di un connettivo giovane fibrillare, molto ricco di cellule e di vasi, intorno alla maggior parte dei quali si riscontrarono grossi accumuli di leucociti in massima parte mononucleari. Le altre tuniche non presentano gravi modifiche.

Esperimento 35.°. — Ad un coniglio dal pelo nero, del peso di 1900 gr. temperatura rettale 38.6 C. mediante la solita sonda elastica vuotai la vescica e praticai il lavaggio di essa e mediante la puntura sopra-pubica fatta con un ago di una siringa di Pravatz iniettai 0.50 c.c. di ammoniaca pura.

Dopo 24 ore l'animale stava depresso, la temperatura rettale era 39.2 C. rifiutava il vitto, vi fu anuria completa.

Dopo 48 ore l'animale era morto. Asportai la vescica, la quale fu fissata nel liquido di Müller e le sezioni furono colorate con l'ematossilina alluminata o con il carminio alluminato. All' esame istologico notai: Tutte le tuniche invase da una infiltrazione parvicellulare massime in alcuni punti ove non si riconosceva più lo stroma del tessuto; la superficie dell'epitelio scomparso era sostituita da un'uniforme massa necrotica anche essa fortemente infiltrata: si osservava ancora modica iperemia in ispecie dei piccoli vasi (Vedi Tavola Fig. 3).

Esperimento 36.°. — Ad un coniglio dal pelo bianco, del peso di 2200 gr. temperatura rettale 38.6 C. mediante la solita sonda elastica svuotai la vescica, e praticai un lavaggio con acqua distillata e sterilizzata ripetute volte, alla fine inoculai per la stessa sonda 5 c.c. di una soluzione al 0.50 °/₀ di nitrato di argento.

Il giorno dopo 7 luglio; l'animale era depresso, la temperatura rettale era 39 C. Urina emessa 25 c.c. di colorito nerastro, torbido, di reazione alcalina, conteneva albumina (1 1|2 °|o ESBACH). All'esame microscopico si osservava un grande numero di cristalli polimorfi, parecchi leucociti disfatti ed altri in stato normale, numerose cellule pavimentose vescicali necrosate ed altre ancora sane, diversi corpuscoli rossi.

Il giorno 8 luglio lo stato generale dell'animale era di poco migliorato temperatura rettale 38.6 C, L'urina emessa era quasi identica per quantità, i caratteri fisici, chimici e microscopici erano presso a poco simili l' albumina diminuita (1|2 °|oo ESBACH).

Il 9 luglio lo stato generale dell' animale andò sempre migliorando, l' urina divenne più abbondante 100 c.c. nelle 24 ore, l' albumina diminuì (0.25 °|oo ESBACH).

Il 10 luglio le condizioni dell'animale erano più sodisfacenti, e l'urina si avvicinava di molto al tipo fisiologico.

Il giorno 11 luglio l'animale fu ucciso; asportata la vescica, fu fissata nel liquido di MÜLLER; le sezioni furono colorate con il solito colore di allume carminio od ematossilina alluminata. All'osservazione istologica notai:

L' epitelio discretamente conservato solo in qualche punto era desquamata, lieve iperemia della sottomucosa e degli strati più superficiali dei muscoli, modica infiltrazione parvicellulare di tutti i tessuti costituenti le pareti dell'organo.

ESPERIMENTO 37.°. — Ad un coniglio dal pelo nero, del peso di 2200 gr. temperatura rettale 38.4 C. mediante la solita sonda elastica, introdotta per la via dell'uretra praticai lo svuotamento della vescica ed il lavaggio con acqua sterile, indi mediante una laparotomia con tutte le regole antisettiche praticai la sutura della vescica a livello del collo vescicale; con un sottile ago di siringa del PRAVATZ, mercè la puntura sopra-pubica, iniettai in vescica 2 c.c. di olio essenziale di trementina. Dopo 5 ore fu tolta la legatura della vescica

Dopo 28 ore l'animale era morto, in seguito ad anuria completa. Alla sezione notai la vescica impicciolita di molto, diminuito il suo volume, poche goccie di urina nel suo interno, invece era ripiena di una sostanza fusiforme e ricoverta di una pseudo-membrana bianco giallastra. Diluite queste poche goccie di urina con acqua distillata e trattate con il reattivo di ESBACH notai 0.50 °/oo di albumina (= a 6 gr. °/oo di albumina tenuto calcolo della diluizione). La vescica fu fissata nella serie degli alcooli e colorata le sezioni con la solita ematossilina alluminata. All' osservazione istologica osservai: Desquamazione epiteliale in molti punti, lieve essudato granuloso, a granuli colorati in bruno disposti alla superficie della mucosa; fortissima iperemia dei piccoli vasi della mucosa, da formare quasi una iniezione notevole degli stessi. Infiltrazione parvicellulare piuttosto scarsa nello stroma della mucosa, per il quale le cellule fisse erano poco riconoscibili, forte iperemia della muscolare con forte addensamento dei fasci di essa.

ESPERIMENTO 38.°. — Ad un coniglio dal pelo bianco, del peso di 1800 gr. temperatura rettale 38.2 C. mediante la solita sonda elastica praticai lo svuotamento della vescica ed il lavaggio con acqua sterile, poscia per mezzo di una laparotomia fatta con tutte le cautele antisettiche, praticai la sutura della vescica a livello del collo vescicale; indi con un sottile ago di una

siringa di PRAVATZ sterilizzata per mezzo della puntura sopra pubica iniettai nella vescica 2 c.c. di ammoniaca e dopo 4 ore tolsi la legatura vescicale.

L' animale dopo 24 ore era fortemente depresso, temperatura rettale 37.2 C. emise scarsa quantità di urina di un colorito rosso vivo, di reazione alcalina, densità 1010, conteneva albumina (1.50 $^{0}/_{00}$ ESBACH). All'esame microscopico notai: un gran numero di corpuscoli rossi, parecchi leucociti disfatti, altri in via di disfacimento, numerose cellule pavimentose vescicali alcune enormemente alterate altre integre, ammassi di cristalli amorfi.

Dopo 48 ore l' animale era morto. La vescica fu fissata nel liquido di MÜLLER e le sezioni colorate con l'ematossilina alluminata e con il carminio alluminato all'esame istologico rilevai: Tutto il tessuto ridotto ad una massa informe, era conservata solo la disposizione topografica dei varì tessuti, specialmente dei fasci muscolari diffusamente colorati, i nuclei non erano più riconoscibili; il connettivo intermuscolare era quasi tutto distrutto, solo in qualche punto se ne osservava qualche rarissimo residuo.

ESPERIMENTO 39.°. — Ad un coniglio dal pelo bianco, del peso di 2200 gr. temperatura rettale 38.4 C. praticai mercè la solita sonda elastica lo svuotamento della vescica ed il lavaggio con acqua sterile; mediante la laparotomia eseguii con tutte le regole antisettiche la sutura a livello del collo vescicale. Mediante un ago di siringa di PRAVATZ attraverso il pube inoculai nella vescica 5 c.c. di una soluzione a 0,50 di nitrato di argento. Dopo 6 ore tolsi la legatura.

Dopo 24 ore l' animale era in cattive condizioni generali, temperatura rettale 39.2 C. anuria completa.

Dopo 48 ore morì. Alla sezione vidi la vescica ridotta ad una sottile pergamena, le pareti di un colorito biancastro, aderente fortemente al retto per la sua faccia posteriore, completamente vuota di urina e rattrappita. Essa fu fissata nella serie degli alcoli, e le sezioni furono colorate con l'ematossilina alluminata. All'esame istologico notai: Di epitelio non si distingueva neppure il più piccolo residuo, in sua vece esisteva un tessuto in forma di larghe chiazze disseminate con un numero enorme di corpuscoli quasi tutti mononucleati, fortemente colorati, e con nucleo in molti punti in disfacimento. Tale infiltrazione era diffusa a tutta la parete, in alcuni punti era evidente; specie attorno ai fasci muscolari, nella massima parte dei quali i nuclei erano distrutti, non più riconoscibili, e si notava viva iperemia, fatta a spese sovratutto dei grossi vasi.

(Continua).

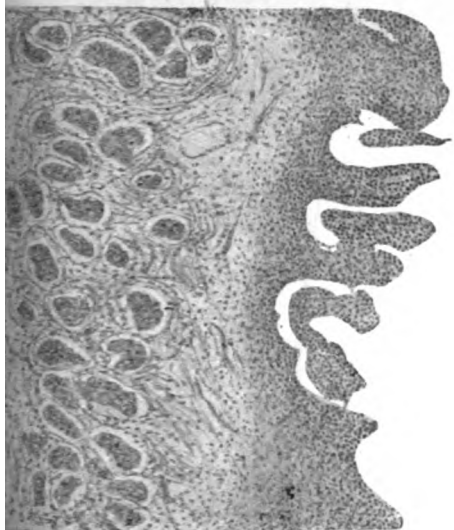



Fig. 1.

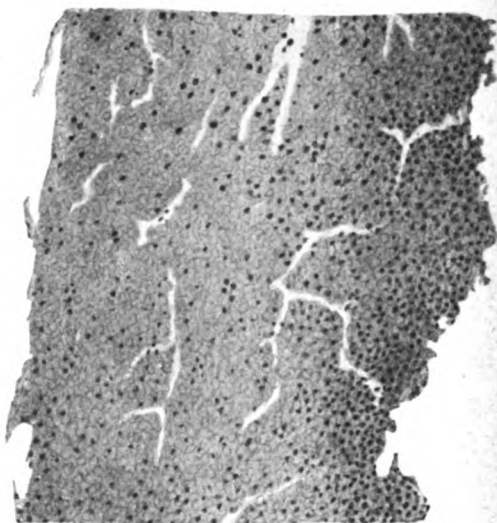



Fig. 2.

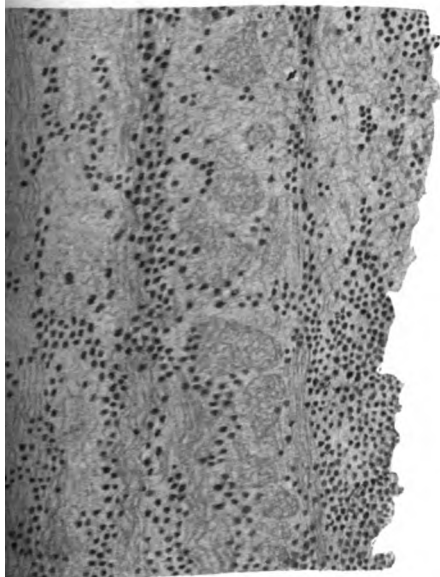



Fig. 3.

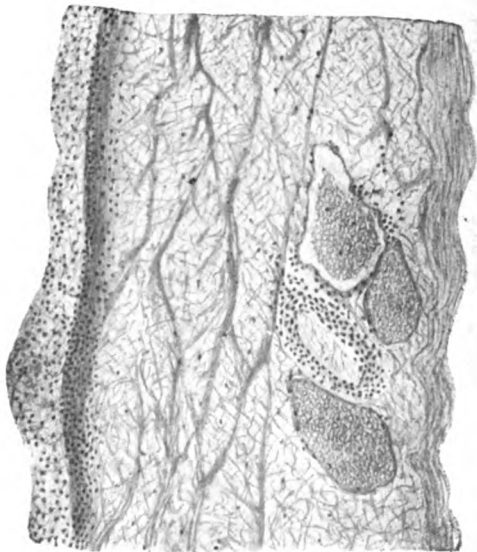



Fig. 4.

XIII.° CONGRESSO INTERNAZIONALE DI MEDICINA

Parigi 2-9 Agosto 1900

SEDUTE GENERALI (1).

VIRCHOW. — **Traumatismi ed infezione.**

Traumatismo vuol dire alterazione di una parte del corpo *vivente* in seguito ad una violenza esterna. Si possono distinguere i traumatismi apparenti e visibili o vulnerazioni, e i traumatismi occulti o contusioni.

Siccome le vulnerazioni si accompagnano con soluzione di continuità, esse sono facilissime a ricevere delle materie estranee grossolane, o polverizzate.

In tal modo si produce un' infezione in causa di una sostanza nociva. All'opposto le contusioni sono solamente accessibili alle sostanze interne.

Ma vi sono dei casi in cui una contusione senza lesione di continuità superficiale è prodotta da una violenza esterna e in cui malgrado questa integrità della superficie sopraggiunge l'infezione. Così si hanno delle infiammazioni pericolose nel midollo di un osso lungò (osteomielite), mentre che la pelle, il tessuto cellulare sottocutaneo, i muscoli, il periosto non presentano alterazione alcuna.

Nelle parti alterate del midollo esistono dei microbi numerosi. Di dove sono venuti? È una quistione che raramente può essere risolta dall' osservazione e che dà campo alle ipotesi.

Che cosa deve fare il giudice che è impegnato a dichiarare se vi è violenza colpevole o no. Egli deciderà secondo il modo adottato dalla maggioranza, o secondo il proprio metodo di osservare i fatti.

L'opinione generale è oggi favorevolissima ad una concezione batteriologica secondo la quale si presuppone che vi sia un'infezione antecedente del sangue, prodotta da un'altra ferita e trasportata là dove è la lesione secondaria. Alcuni chirurghi, dal canto loro, ammettono l' esistenza di una minima erosione della superficie. Nei due casi si giudica senza una prova positiva.

Questo modo dovrà essere frequentemente sospettato. Poichè è difficilissimo provare che il traumatismo e l'infezione erano sincroniche. Si hanno dei casi in cui l' infezione precedeva il traumatismo ed altri in cui si sviluppava in una parte lesa da molto tempo. Per questo il giudizio non può essere portato che sui fatti dei quali si conosce precisamente la storia del caso. Se questa prova anamnestica manca, si deve cercare di trovare dei segni anatomici dell'affezione. È ciò che vorrei illustrare con esempi speciali. L'altro lato del problema porta alla quistione di sapere se si può riconoscere con segni obiettivi la natura endogena della lesione. Ciò deve essere dimostrato dalle alterazioni sifilitiche.

Sezione di Chirurgia Generale

Presidente Prof. TILLAUX — *Vice Presidenti* LEON LABBÈ, OLLIER — *Segretario* WALTHER.

Presidenti d'Onore: ALBERT (Vienna), BERGMANN (Berlino), BLOCH (Copenhague), CECCHERELLI (Parma), MAC CORMAC (Londra), KEEN (Filadelfia), KOUSMINE (Mosca), KRASKE (Friburgo), MAYO ROBSON (Leeds), ROUX (Losanna), SONNENBURG (Berlino), WEIR (New York).

(1) Delle Conferenze generali non è reso conto che di quella del Prof. Virchow, essendo la sola che ha rapporto con la Chirurgia.

RELAZIONI SUI TEMI GENERALI.

La Chirurgia del Pancreas.

Prof. CECCHERELLI di Parma.

Ecco le conclusioni che si possono dedurre dallo studio accurato di tutti i quesiti che riguardano la chirurgia del pancreas.

I. Le operazioni chirurgiche sul pancreas sono in relazione diretta colle questioni che riguardano la funzione di questo organo.

II. I sintomi che accompagnano la maggior parte delle affezioni del pancreas sono: dimagrimento, presenza di grasso nelle feci, zucchero nelle urine, colore bronzino della pelle, ittero e dolori.

III. S'incontrano delle difficoltà considerevoli nell'estirpazione completa per le condizioni anatomiche del pancreas, che è situato profondamente, in rapporto intimo con altri visceri, molto ricco di vasi e di nervi.

IV. La chirurgia del pancreas non è progredita fino ad ora, come ci avrebbe permesso di sperare il progresso della chirurgia viscerale in genere, perchè la diagnosi delle affezioni che lo colpiscono è difficile e quindi raramente si può attaccare il processo morboso al suo principio: checchè ne sia tutto prova, per il momento, che il chirurgo è autorizzato ad intervenire sopra la coda del pancreas piuttosto che sopra la testa.

V. E sperimentalmente provato che l'estirpazione del pancreas è possibile e compatibile colla vita dell'animale. Ciò non è ugualmente provato nel campo clinico, malgrado lo scarso numero di casi positivi, tanto più che i processi morbosi che la reclamano non sono quasi mai limitati al solo pancreas. Infatti si tratta di tumori maligni infiltrati nelle parti vicine, oppure d'adenomi difficilmente diagnosticabili. L'estirpazione non è razionale se si tratta di un processo tubercolare o sifilitico. L'estirpazione del canale deve essere fatta in modo da lasciare uno dei canali, purchè il canale del Santorini non finisca a fondo cieco.

VI. I tumori che con maggior frequenza si producono nel pancreas sono le cisti, che possono essere a contenuto *ematico*, consecutive ad apoplessie ed a traumatismi, oppure cisti *da ritenzione* od *idatidee*. In queste l'intervento è giustificato ed utile, ma l'estirpazione dell'organo non è necessaria essendo sufficiente l'estirpazione del sacco quando è possibile, o la sua escisione. Per l'estirpazione del sacco si affaccia il quesito dell'apertura del canale di Wirsung e del versamento probabile del succo pancreatico nella cavità addominale. Nell'incisione del sacco è prudente di suturare la parete della cisti alla parete addominale, se è possibile; se non è possibile far questo, bisogna suturarla con cura in modo che la cavità della cisti sia completamente chiusa.

VII. Nei casi di calcoli pancreatici il chirurgo interviene utilmente coll'estirpazione del calcolo o dei calcoli.

VIII. Un'affezione è stata studiata recentemente con cura, cioè la necrosi del pancreas, la quale può autorizzare l'intervento per eliminare i frammenti del pancreas necrosato.

IX. Nella *pancreatite* suppurativa o gangrenosa la regola è di astenersi nel periodo acuto; ma in seguito se si ha un ascesso od il pancreas gangrenato, è utile intervenire di necessità. Si possono scegliere tre vie: o lombare extraperitoneale, o transpleurale, o mediana sotto-ombelicale. Si deve evitare la suppurazione. — Qualche volta è necessario eliminare una porzione di pancreas infiltrato o necrosato.

X. La pancreatite cronica può però produrre delle complicanze per compressione sul coledoco e sul piloro, ma in questi casi l'intervento del chirurgo può essere utile non sul pancreas, ma sul fegato o sul ventricolo per impedire gli effetti delle funzioni lese dalla compressione.

XI. Nelle ernie del pancreas in seguito a ferite è conveniente la riduzione ed anche la fissazione: la via toracica è da preferirsi, se l'ernia è diaframmatica.

XII. Nelle ferite e nelle contusioni del pancreas l'intervento del chirurgo può essere necessario sopratutto se c'è emorragia. In questo caso si deve praticare l'emostasi o colla sutura o legando i vasi che sanguinano Il chirurgo deve anche togliere i grumi che si trovano nel cavo addominale.

XIII. Si possono osservare dei casi di pancreas mobile. La patologia sperimentale autorizza la sua fissazione.

XIV. Nell'invaginazione del pancreas credo che il chirurgo possa e debba intervenire se sopravvengono delle complicanze, e se il processo di eliminazione non si effettua regolarmente.

XV. Se in seguito ad un processo qualunque si è ostruito il condotto tra il pancreas ed il duodeno, si può creare una nuova via al succo pancreatico, o se questo non è possibile creare una fistola pancreatica.

XVI. Possono aversi delle emorragie pancreatiche senza ferite ma dipendenti da un'affezione del pancreas e più spesso dalla gangrena. In questi casi il chirurgo deve intervenire come se si trattasse di emorragie traumatiche.

XVII. Nel pancreas anulare i chirurghi fino ad ora si sono astenuti, ma potrebbe essere necessario di tagliare l'anello o di fare un'operazione per portare rimedio agli inconvenienti determinati dal pancreas stesso sullo stomaco o sull'intestino.

XVIII. I punti di sutura attraverso il parenchima pancreatico non portano nessuna alterazione e sono tollerati come nel rene, nel fegato, nella milza.

XIX. In un caso di ferita del canale pancreatico si può suturare con dei punti di sutura avvicinati come nella sutura intestinale, ma in modo che il filo non resti nell'interno del canale per evitare le probabili concrezioni.

XX. La riunione delle ferite del pancreas ha luogo per proliferazione delle cellule preesistenti e specialmente del tessuto connettivo.

XXI. È oramai certo che si osserva la rigenerazione del pancreas.

XXII. Dopo l'estirpazione del pancreas si vede un enorme sviluppo delle glandule del Galeati, e specialmente un accrescimento cariocinetico dell'epitelio in modo che si può supporre, secondo le ricerche del Martinotti, che queste potrebbero sufficientemente sostituire il viscere estirpato.

XXIII. Il versamento del liquido pancreatico nella cavità addominale non dà sempre luogo alla peritonite perchè l'assorbimento è rapido. Si può credere che, come la bile, il succo pancreatico è inoffensivo quando è sano, dannoso quando è alterato.

XXIV. Nell'estirpazione del pancreas bisogna sempre fare la legatura prima dell'incisione per evitare l'emorragia ed il versamento del succo pancreatico. Non si deve fare uso del termo-cauterio o del galvano-cauterio; essi non dànno delle garanzie sufficienti perchè possono aversi degli inconvenienti alla caduta delle escare, e perchè possono produrre degli effetti nocivi per irradiazione sulle parti vicine.

MAYO ROBSON (di Leeds) — Comincia la sua comunicazione dicendo che è convinto che le malattie del pancreas siano molto più comuni di quello che non si creda comunemente. Il suo studio è basato sopra osservazioni personali avendo operati 40 casi di malattie del pancreas, ed avendone visto un numero maggiore, nei quali era stata rifiutata l'operazione non credendosi utile l'intervento.

Sotto il titolo di « considerazioni anatomiche » insiste sopra l'importanza di uno scolo posteriore, quando è possibile il praticarlo, nelle pancreatiti suppuranti. Per raggiungere il condotto pancreatico principale ha trovato che è possibile di praticare l'incisione della seconda porzione del duodeno e d'aprire l'estremità del condotto alla papilla.

Cancro. — L'autore ne ha studiati più di 50 casi; egli ha trovato che

generalmente si sviluppano dopo i 40 anni, e crede che i casi osservati prima di quest'età non siano che pancreatiti croniche che possono assomigliarsi al cancro non solo nei sintomi ma anche all' esame fatto ad occhio nudo dopo la morte. Dopo di avere descritti i sintomi, chiama l'attenzione sull'importanza di distinguere il cancro della testa del pancreas da quello del corpo o della coda. Discute la diagnosi e consiglia di non condannare subito l'ammalato prima di aver tentato il trattamento chirurgico, perchè nei casi in cui la malattia è una pancreatite cronica si può avere la guarigione.

Nel descrivere la cura l'A. pensa che l'amputazione del pancreas nei casi di cancro è raramente pratica o giustificata ad eccezione dei casi in cui la malattia è limitata al corpo od alla coda dell' organo, ed è nell' inizio. Sopra 13 casi operati di colecistotomia e di colicistenterostomia per alleviare alcuni sintomi, 9 guarirono e vissero qualche tempo. Il fatto veramente importante è che qualche ammalato che si credeva affetto da cancro della testa del pancreas è guarito dell'operazione ed ora gode di salute perfetta: questo vuol dire che non si trattava di un vero tumore ma di pancreatite cronica. Questi fatti inducono l' A. a consigliare l'operazione in tutti i casi non molto avanzati, e nelle persone giovani e vigorose, non nella speranza di guarire il cancro ma per la possibilità di avere a che fare non con una forma neoplastica ma con una forma infiammatoria.

Cisti del pancreas. — L'A. ha operate 5 cisti del pancreas e raccomanda l' incisione e lo scollamento, il che ha fatto in 4 casi ottenendo tre guarigioni. In un caso la cisti è stata estratta con facilità e l' ammalato è guarito senza alcuna ricaduta. Ma la sua esperienza fatta non solo sopra i suoi ammalati ma anche su quelli dei colleghi, lo ha convinto che l'escisione non può essere giustificata che raramente. In nessuno dei suoi soggetti si avevano sintomi patognomonici e l'A. crede che la diagnosi non possa essere fondata che sopra dei segni fisici.

Pancreatite. — L'A. fa un parallelo tra le malattie infiammatorie del fegato quali l'angiocolite infettiva e suppurativa, e l'epatite interstiziale cronica, e delle malattie analoghe del pancreas e del suo condotto. Egli crede di avere osservate delle turbe funzionali del pancreas terminate colla guarigione, che si potrebbero classificare col nome di catarro infettivo del condotto pancreatico; e cita come esempi dei casi assolutamente provati di catarro suppurativo dei condotti, e di infiammazione interstiziale cronica della glandola. Egli crede che perfezionandosi il diagnostico queste malattie saranno riconosciute più spesso e verranno classificate in medicina.

L'A. accetta la classificazione patologica proposta da Fitz, e che consiste nel dividere la pancreatite acuta in pancreatite suppurativa emorragica e gangrenosa, ma dal punto di vista clinico considera la malattia sotto l' aspetto di pancreatite acuta, sub-acuta e cronica.

Nel discutere l'etiologia insiste sul fatto che l'infezione bacterica è la causa essenziale ed immediata, ma enumera parecchie cause estrinseche, quali il catarro gastro-duodenale, le ferite, la litiasi pancreatica e biliare. Egli pensa che l'infezione si fa quasi sempre pel condotto. L'A. discute i sintomi, l' obiettività e la diagnosi e fa notare che, benchè la pancreatite sia una malattia senza segni patognomonici esatti, si può arrivare alla diagnosi studiando attentamente la storia, i sintomi primitivi, e la combinazione dei sintomi e dell'obiettività.

L'A. riferisce un caso di pancreatite che ha osservato, e così pure quattro casi di forme suppurative che sono state operate dopo la formazione di un ascesso; nei due casi in cui il pus ha potuto scolare per la via lombare, si è avuta la guarigione, nei due casi in cui l'incisione è stata praticata anteriormente si è avuta la morte.

In un caso di pancreatite suppurativa in cui l'ascesso si è aperto nell' intestino l'ammalato era troppo debole al momento della visita per sopportare l'ope-

razione; ma si è ristabilito lentamente senza operazione chirurgica. Il trattamento della pancreatite infettiva e spesso della pancreatite suppurativa si risolve praticamente col trattamento della peritonite che comincia nella regione addominale superiore, e l' A. insiste sulla necessità di sbarazzarsi dei prodotti infiammatori facendoli scolare nella regione lombare se è possibile benchè sia necessario di fare la diagnosi con un' incisione anteriore. Fa un paragone tra l'appendice gangrenosa e la pancreatite infettiva e crede che il trattamento chirurgico sia necessario tanto in un caso che nell'altro appena fatta la diagnosi con una certa probabilità.

Se si ha una forte distensione dell' epigastrio sarà più facile e più sicuro fare un'incisione esplorativa nell'angolo costo-vertebrale sinistro.

Oltre che l'operazione l'A. tratta anche del trattamento adatto per diminuire le sofferenze, la febbre, e gli altri sintomi fino a che possa essere fatta una diagnosi positiva.

L'A. esamina anche i dettagli che permettono di raggiungere l'ascesso sia questo lombare, subdiafragmatico epigastrico o pelvico.

Pancreatite interstiziale cronica. — Il Prof. Mayo Robson insiste molto sull'importanza di questa malattia che, secondo lui, è spesso confusa col cancro della testa del pancreas. Egli crede che questa malattia non è stata sufficientemente studiata, e come meriterebbe dai professori di clinica e dai patologhi. Egli afferma che è d' importanza capitale che questa malattia sia riconosciuta perchè si può non solo migliorare ma guarire col trattamento chirurgico Per illustrare le sue asserzioni l'A. riporta in succinto 15 casi nei quali ha praticata l'operazione ed ottenute 14 guarigioni.

Nei casi in cui l'operazione è stata praticata quando la malattia era troppo avanzata per lasciare sperare una guarigione l'autopsia ha dimostrato un'atrofia della testa del pancreas.

In un altro caso nel quale si era ottenuto un miglioramento colla colecistienterostomia, ma nel quale i sintomi erano ricomparsi ed erano stati seguiti da morte per il chiudersi dell' apertura fatta, l' autopsia ha messo in evidenza una pancreatite cronica e non un cancro, come il corso della malattia aveva fatto supporre a chi aveva esaminato l'ammalato.

L' A. crede che la pancreatite interstiziale cronica con infiammazione del condotto pancreatico accompagni di regola i calcoli biliari del coledoco, ed il processo infiammatorio continua dopo che la causa primitiva è scomparsa. Quest' osservazione è stata confermata dal Dott. Fergusson di Edimburgo, il quale afferma che, secondo la sua esperienza, in tutti i casi in cui la morte è dovuta all'angiocolite infettiva o suppurata, si possono fare uscire delle goccie di pus dal canale di Wirsung. La colecistotomia fa scomparire immediatamente la tensione e permette al condotto pancreatico di sbarazzare l'organo dai suoi prodotti infettivi.

Potendo una pancreatite cronica simulare un' affezione maligna della testa del pancreas il chirurgo deve esitare a rifiutare l' operazione in tutti i casi di ittero colla vescicola biliare distesa se l' ammalato può sopportare l'operazione: perchè il risultato è nullo se si tratta di un processo neoplastico, ma se si tratta di un processo infiammatorio si può avere una guarigione stabile e duratura.

Dopo qualche osservazione sulla pancreatite emorragica che secondo l'esperienza dell'A. è sempre stata traumatica ed accompagnata da versamento nella retrocavità degli epiploon, discute sui calcoli pancreatici. Questa affezione è rara e si riconosce soltanto per la pancreatite, e l'ostruzione del coledoco accompagnata dall'angiocolite infettiva alla quale i calcoli dànno luogo. Per farne l'estirpazione raccomanda l' esplorazione del condotto per mezzo di una apertura praticata nella seconda porzione del duodeno Dà degli esempi di questa operazione.

Concludendo l'A. spera che verrà un tempo in cui le malattie pancreatiche occuperanno il posto che merita nelle ricerche diagnostiche dei medici, ed in cui

il chirurgo sarà chiamato ad intervenire più spesso e nell' inizio della malattia quindi con maggiori probabilità di successo.

JULES BOECKEL (di Strasburgo). — Le operazioni sul pancreas sono indicate nei traumi, le infiammazioni e loro conseguenze (pancreatite suppurata, gangrenosa, emorragica, necrosi pancreatica con necrosi grassosa), tumori solidi e liquidi.

Nei traumi recenti l'intervento è molto limitato, le ferite del pancreas sono generalmente mortali a breve scadenza (emorragie gravi, lesioni concomitanti degli organi vicini). Sopra dieci osservazioni conosciute otto sono terminate colla morte.

Il solo trattamento razionale consiste nel tamponare la ferita dopo di averla disinfettata. La ricerca e la legatura dei vasi feriti è teoricamente razionale ma praticamente impossibile nella grande maggioranza dei casi.

Nelle infiammazioni e nei tumori l' operazione chirurgica è diretta alcune volte sulla glandola, altre volte sugli organi più o meno vicini.

Ques'ultimo caso si trova realizzato quando una raccolta sanguigna o purulenta sviluppata primitivamente nel pancreas irrompe al di fuori e si incista tra le ripiegature del peritoneo vicine a quest'organo, oppure quando un tumore solido si insinua tra queste stesse làmine peritoneali. L'operazione in queste condizioni è semplicissima. Il tumore fa una sporgenza più o meno considerevole ed i foglietti sierosi che lo ricoprono sono intimamente saldati tra di loro. Per metterlo a nudo non si ha dunque che da incidere sul punto più sporgente del tumore e regolarsi a seconda delle circostanze. Al contrario nel primo caso (cioè quando l'affezione è limitata alla glandola) l' intervento è più delicato, più laborioso e forzatamente limitato. Delicato perchè il pancreas è situato profondamente, circondato da vasi importanti e numerosi la ferita o la legatura dei quali possono produrre accidenti mortali. Limitato perchè non si possono estirpare che delle piccole porzioni di pancreas; l'estirpazione totale porterebbe fatalmente un diabete rapidamente mortale.

Queste operazioni intrapancreatiche sono indicati nei tumori e nella pancreatite localizzata. Dopo di aver diagnosticata la malattia, ed è questo il punto delicato perchè le malattie del pancreas non hanno dei sintomi veramente patognomonici, si tratta di mettere l'organo a nudo. Noi possiamo aggredirlo per tre vie differenti. 1.° La via *sopragastrica*, allorchè il tumore, e questo succede di rado, emerge al disopra della piccola curva dello stomaco. 2.° La via *gastrocolica* (processo di elezione). 3.° La via *transmesocolica* allorchè il tumore si è insinuato tra i due foglietti del meso.

Eccezionalmente noi possiamo ricorrere all'incisione sul *fianco* (tumore della coda del pancreas) ed operare al di fuori del peritoneo. Messo a nudo il pancreas bisogna andare alla ricerca del focolaio o del tumore ed in questo caso procedere allo scucchiaiamento, ed alla *enucleazione*. È inutile aggiungere che le operazioni intraglandolari sono più gravi delle extraglandolari. Ma la prognosi anche di queste ultime, ad eccezione dell' intervento per cisti, è ancora molto grave.

La statistica che noi possediamo è poco numerosa, tuttavia prova che le affezioni pancreatiche, che una volta si consideravano come incurabili, possono essere trattate con successo in grazia dell'intervento chirurgico applicato a tempo opportuno.

Così la *pancreatite suppurata* e *gangrenosa* ha fornito 11 guarigioni e 9 morti sopra 20 casi; la *pancreatite emorragica* 5 guarigioni e 18 morti sopra 23 casi. I *tumori solidi* hanno dato 8 guarigioni di cui 4 durature, e 3 morti sopra 11 casi.

I 144 di cisti operate si dividono così: Operazione in un tempo: 99 casi, 92 guarigioni, 7 morti di cui due in conseguenza diretta dell'operazione. Operazione in due tempi: 16 casi 16 guarigioni.

Estirpazione totale o parziale; 25 casi, 21 guarigioni, 4 morti. Quattro casi

senza dettagli hanno fornito 3 guarigioni ed una morte. Oltre queste operazioni radicali si possono compiere delle *operazioni palliative* quando dei fenomeni di compressione del coledoco o del duodeno mettono in giuoco la vita dell'ammalato (tumori ed infiammazioni croniche della testa). Ma il rischio serio di queste operazioni ed i vantaggi minimi che presentano non ci incoraggiano a raccomandarle.

Infatti nei tumori solidi la *colecisti-enterostomia* ha dato, sopra 13 casi, 7 morti rapide ed 8 guarigioni con una sopravvivenza massima di 14 mesi. In quanto alla *colecisto-gastrostomia* (4 casi con un miglioramento molto passeggiero), alla *pancreatico-enterostomia* (1 caso, 1 insuccesso) ed alla *gastro-enterostomia* (2 casi, 1 morte rapida, 1 sopravvivenza di 4 mesi) non debbono essere che nominate. La *digiunostomia* preconizzata da Maydl, sembra dare dei risultati più favorevoli.

Queste stesse operazioni possono essere fatte con successo nella pancreatite cronica della testa che tanto spesso si impone per un cancro del pancreas. Da palliativa diventa anche curativa allorchè si ha la regressione del processo infiammatorio, il che avviene quando le lesioni non sono troppo antiche; allora la guarigione è definitiva.

La radiografia nello studio delle fratture e delle lussazioni.

G. MAUNOURY (di Chartres).

La radiografia sta per rinnovare lo studio delle fratture e delle lussazioni. Si è cercato, benchè invano, di contestarne l'utilità, invocando la deformazione che può subire l'immagine radiografica a seconda della posizione dell'arto, la distanza del tubo, e l'angolo di incidenza dei raggi. Gli errori che si possono commettere sono da imputarsi non al metodo ma alla cattiva interpretazione degli insegnamenti che fornisce. Per evitarli sarebbe desiderabile di portare maggiore precisione negli esami, e d'indicare sui *clichés* alcuni dati e specialmente il punto in cui la verticale abbassata dal foco sulla placca incontra questa placca.

Fratture. *Fratture semplici.* — Il compito della radiografia nello studio delle fratture deve essere considerato nella diagnosi e nel trattamento.

In quanto alla *diagnosi*, la radiografia rende dei servizî grandissimi indicandoci il numero dei frammenti, la loro forma, la loro posizione, ed il loro accavallamento il quale, quando l'esame è ben fatto, risponde in un modo sufficientemente esatto al raccorciamento dell'arto, il loro spostamento in diversi sensi, la posizione delle scheggie.

Per avere una conoscenza precisa della posizione dei frammenti, è necessario di radiografarla sotto angoli differenti. Generalmente si prende di faccia (piano frontale) e di profilo (piano sagittale). A questo proposito non c'è niente di assoluto e ciascuna frattura può richiedere una posizione speciale del tubo. È molto eccezionale che una frattura non possa essere vista, esaminando l'osso in posizioni differenti.

La diagnosi clinica di una frattura mantiene tutto il suo valore, ma la radiografia la completa precisandola, e può darne la certezza quando la complessità delle lesioni od un gonfiore considerevole ci lasciano in dubbio, infine ha il vantaggio di renderle meno dolorose riducendo al minimo le manovre esploratorie portate sul focolaio di frattura.

La radiografia è utile in tutte le fratture; tra quelle in cui la sua importanza è maggiore segnaleremo: le fratture dell'estremità superiori dell'omero che spiegano le rigidezze articolari e le anchilosi attribuite ad una periartrite; le fratture della estremità inferiore del radio che s'accompagna di frequente a lesioni del corpo; le fratture della gamba e specialmente quelle che interessano l'articolazione tibio tarsica; in queste ultime soltanto la radiografia è capace di darci delle nozioni esatte dell'astragalo coll'incastro tibio-peroneo, elemento

capitale nella prognosi e nel trattamento di queste fratture; le fratture dell'astragalo che erano considerate fino a qualche anno fa, ed a torto, come rarissime; infine le fratture dei metatarsi che costituiscono la lesione anatomica di una affezione ben conosciuta dai medici militari, e sulla cui patogenesi si discuteva da lungo tempo senza che se ne supponesse la vera natura.

È interessante studiare colla radiografia la *formazione* del callo. Il primo periodo ci sfugge, ma dopo 12 giorni si vede apparire all'estremità dei frammenti una leggiera nube, che diventa mano mano più marcata. Se i frammenti sono bene coattati, il callo forma a livello della linea di frattura una massa globosa diffusa, che a poco a poco si trasforma in una guaina fusiforme ben limitata che fa corpo col tessuto compatto. Se esiste un leggiero accavallamento, il deposito chiude su ciascun frammento il canale midollare e costituisce uno strato molto spesso a livello del contatto laterale dei frammenti Se l'accavallamento è molto esteso il callo interframmentorio laterale non si estende su tutta l'altezza della linea di contatto, ma non si produce che a livello di una delle estremità fratturate che sembra prendere una parte preponderante al lavoro diretto a consolidare l'osso.

La durata della formazione del callo definitivo è variabile, sembra tanto più lunga quanto più l'osso è voluminoso.

In certi casi; specialmente nelle fratture oblique della tibia, il callo può restare a lungo invisibile anche quando la consolidazione pare completa.

La radiografia non ci fa riconoscere sul vivente tutte le varietà di calli studiati dall'anatomia patologica, e ci mostra come certi calli possono simulare la coattazione perfetta di due frammenti che sono mal ridotti La radiografia ci mostra che il lavoro di riparazione ossea, nei bambini non si limita nella vicinanza immediata della frattura, come succede negli adulti, ma si estende lontano sui frammenti. Infine ci permette di studiare meglio la struttura del callo.

La radioscopia non è meno utile nel *trattamento* che nella diagnosi. In grazia della radioscopia si riducono meglio le fratture, e si vede fino a che punto la riduzione è possibile, è facile di sorvegliare la posizione dei frammenti, e di rettificarli durante il lavoro di consolidazione, infine quando l' ammalato può essere considerato come guarito noi sappiamo quale sia realmente il risultato ottenuto. Noi ci rendiamo meglio conto dell' efficacia dei diversi apparecchi: apparecchi a fanoni, apparecchi inamovibili, apparecchi ad estensione continua. La radiografia ha mostrato che sono molto spesso efficaci, ma che non dànno sempre dei risultati anatomici perfetti, fortunatamente la perfezione della forma non è necessaria perchè la funzionalità era soddisfacente. La radiografia ci indica ancora in quali casi si debba praticare la sutura ossea. È sopratutto nelle fratture comunicanti con una articolazione che il suo intervento è prezioso; noi indicheremo da questo punto di vista le fratture del gomito e quelle del collo del piede. La radiografia ci permetterà di vedere se la riduzione ha sufficientemente stabilito i rapporti delle superfici articolari tra di loro. Se invece di una frattura articolare recente si tratta di una frattura antica la sua importanza è anche maggiore perchè essa soltanto ci permette di precisare la posizione delle ossa, la loro deformazione e di indicare quale operazione è necessaria, in quale direzione conviene sezionare le ossa,quali si debbano togliere.

Infine la radiografia giudicò il nostro intervento nella cura di alcuni calli viziosi, calli con sporgenze anormali, calli deformi, calli con sequestri ecc.

Fratture complicate. — La radiografia semplifica molto l'intervento cruento che in questi casi è molte volte indicato; evita che si ricerchino alla cieca le scheggie, ed in caso di sutura ossea ci fa conoscere come si dovranno segare i frammenti. Infine nelle fratture per armi da fuoco è di inestimabile aiuto facendoci rilevare la presenza di corpi stranieri.

Lussazioni. — Si sono avantaggiate molto meno delle fratture colla scoperta dei raggi Röntgen. Tuttavia un certo numero di lussazioni non riconosciute

sono state diagnosticate colla radiografia. Disgraziatamente non ci può dare nessuna luce sulla causa della irriducibilità, la quale risiede quasi sempre nelle parti molli.

Nelle lussazioni antiche la radiografia ci ha mostrato la produzione di osso di nuova formazione, il quale si oppone alla riduzione. Coi raggi Röutgen possiamo assistere al formarsi delle neoartrosi. Infine la radiografia ci ha permesso di studiare meglio e di curare meglio le lussazioni congenite dell'anca.

Prof. E. **BERGMANN** (di Berlino) — Lo studio delle fratture ha fatto, in questi ultimi dieci anni, due progrossi importanti: prima di tutto il trattamento operatorio di alcune frattu e semplici per avvicinare i frammenti; secondariamente la diagnosi del focolaio di frattura e l'anatomia patologica delle lesioni ossee per mezzo della radioscopia e della radiografia.

Vi sono, senza dubbio delle cause locali residenti che impediscono la consolidazione delle superfici ossee fratturate: è noto, ad es., che l'interposizione di fibre muscolari impedisce la formazione del callo nelle fratture del femore. Disgraziatamente non è possibile precisare l'esistenza di questo fatto coi raggi Röntgen, tanto da autorizzare l'intervento chirurgico. Noi non possiamo che supporlo quando nell'immagine proiettata sullo schermo noi vediamo dei frammenti deviati « *ad longitudinem* » che invece di toccarsi lasciano tra loro uno spazio che conserva sempre la stessa estensione qualunque sia la posizione data all'arto fratturato.

Si hanno tuttavia delle altre cause locali di mancata consolidazione, che l'esplorazione coi raggi Röutgen mostra chiaramente, sono sopratutto i casi di fratture articolari e le fratture delle piccole ossa. Basta citare ad esempio le fratture di rotula.

Già Malgaigne deplora che queste fratture guariscano di rado, e raccomanda, molto tempo prima dell'era antisettica, un metodo cruento, applicando un apparecchio attraverso alla pelle (uncini del Malgaigne). Ma questi uncini sono molto più pericolosi che l'incisione e la sutura dei frammenti col filo d'argento o di alluminio.

L'esplorazione delle fratture di rotula coi raggi Röutgen mostra che gli ostacoli alla guarigione sono tre:

1.° L'ineguaglianza dei frammenti. Il frammento superiore essendo molto più grosso del frammento inferiore, non si adattano che col mezzo di suture.

2.° La rottura multipla dei frammenti. Oltre i frammenti principali si trovano dei frammenti accessorî o delle piccole scheggie che scivolano nel campo della frattura e ne impediscono la coattazione.

3.° L'uno dei frammenti si sposta con un movimento di rotazione in modo che la superficie fratturata dell'altro frammento corrisponde alla sua faccia esterna e le linee di frattura non possono venire a contatto.

Tutti questi ostacoli alla riduzione sono visibili coi raggi Röntgen in modo che si acquista la convinzione della necessità di un atto chirurgico, per rimuovere gli ostacoli più sopra menzionati e riunire i frammenti per mezzo di un filo metallico.

L'O. ha ottenuto nella sua clinica in 25 casi di questo genere una consolidazione ossea completa.

L'operazione fornisce la prova che il callo è di natura ossea e non fibrosa; le fotografie fatte coi raggi Röntgen ci mostrano chiaramente questo fatto, come pure che i fili metallici sono inclusi nel callo.

L'operazione è il metode generale nel trattamento delle fratture di rotula. La questione dell'operazione si presenta sotto un aspetto differente nelle altre fratture, ad esempio nelle fratture dell'estremità inferiore del radio. Di queste si è occupato in modo speciale il Dottor E. Gallois che ha arricchito la scienza col suo « Studio radiografico ed esperimentale ».

Mentre che il trattamento delle fratture di rotula è uniforme non è così

delle fratture dell'estremità inferiore del radio, il cui trattamento varia a seconda della forma della frattura e dello spostamento dei frammenti.

Le fratture del metatarso e delle ossa del tarso erano quasi completamente sconosciute prima dell'invenzione della radioscopia. I sintomi di questa frattura si attribuivano ad un gonfiore infiammatorio, o ad una contusione e si trattavano col massaggio, aumentando così lo spostamento dei frammenti. Allorchè la frattura è riconosciuta e precisata, conviene immobilizzarla intieramente.

Trattamento delle ferite infette.

OSCAR BLOCH, chirurgo capo dell'ospedale reale Federico a Copenhagen.

Il metodo del trattamento antisettico del Lister si fonda sul trattamento delle ferite infette cioè delle fratture complicate. Benchè tutti i chirurghi fossero d'accordo sulla superiorità di questo metodo, non si è tardato a ricercare dei rimedî nuovi più efficaci dell'acido fenico; la manifestazione più singolare di queste ricerche è la sostituzione del metodo antisettico col metodo asettico. Tutte le esperienze sul trattamento differente delle piaghe si fondano sopra un numero considerevole di lavori che riguardano le piaghe e le loro complicanze ad esempio sui microbi e sulle loro tossine, sul potere bactericida dei diversi antisettici, sul metodo migliore di praticare la disinfezione, le legature ecc

L'A. dimostra che dal risultato di questi lavori risulta che *dal punto di vista pratico tutte le ferite, senza alcuna eccezione, si debbono considerare come infette, e che l'infezione e le sue complicanze sono dovute alla ritenzione delle secrezioni contenenti dei microbi.* Ne viene come conseguenza che per trattare le ferite in un modo efficace bisogna proporsi due scopi e cioè: di uccidere i microrganismi (od i loro prodotti nocivi) e d'evitare la ritenzione della secrezione nelle piaghe, in altre parole bisogna fare dell'*antisepsi* e del *drenaggio. Per evitare la reinfezione d'una ferita trattata in questo modo bisogna medicarla in modo razionale;* non è che agendo in questo modo che si previene una infezione secondaria.

L'A. dimostra come il disaccordo degli studiosi è grande e come i loro risultati siano differenti, non essendo quindi in grado l'esperienza scientifica di stabilire quale sia il trattamento migliore l'A. dice che è necessario *far onore alla clinica e rivolgersi ad essa.* Basandosi nella propria esperienza pratica l'A. dichiara che tutte le ferite debbono essere trattate in modo antisettico, che l'acido fenico è l'antisettico migliore; che bisogna drenare le ferite, e che, per medicarlo in un modo razionale, bisogna applicare una medicatura assolutamente sterile e renderla antisettica, almeno in parte, al momento dell'applicazione; di più la medicatura deve essere idrofila (assorbente) perchè dissecca la piaga ed impedisce alla secrezione di mettersi in contatto coll'aria dell'ambiente che contiene dei microbi; infine la medicatura deve essere in condizione di filtrare l'aria che comunica colla ferita e così di purgarla dai microbi. L'A. ha ottenuto lo scopo con una medicatura di garza sterile, colla soluzione fenica e dell'ovatta; egli da delle nozioni dettagliate sulla tecnica del trattamento delle differenti ferite infette.

Finalmente l'A. spiega ciò che pensa dei rimedî interni, « i medicamenti interni antisettici » e « i medicamenti febbrifughi » dei quali, fatte pochissime eccezioni, non si fida e critica il valore del siero terapeutico, specialmente quello del siero antistreptococcico, di cui risulta che, secondo lui, prima di amministrarlo come mezzo curativo bisogna attendere una base più solida di esperienze.

FELIX LEJARS. — È sopratutto una questione pratica. Nessuna dottrina non vale che per le sue applicazioni. In questi ultimi anni il trattamento delle ferite infette ha servito di tema a numerose ricerche sperimentali e bacteriologiche: queste ricerche hanno fornito dei risultati preziosi, spesso inattesi, qualche volta contradditorî, quindi esigono il controllo e la controprova dell'osservazione umana.

È a questa doppia sorgente di dati scientifici che noi dobbiamo domandare una teoria che si avvicini sempre più alla verità, ed una pratica sempre più semplice ed efficace.

Essendo il problema molto complesso per studiarlo utilmente bisogna stabilire alcune categorie.

1.° *Ferite infette da poco tempo, in cui l'infezione non si è ancora manifestata con reazione locale o generale.* — Forse si direbbe meglio così: ferite recenti supposte infette. Ma in pratica questa presunzione si deve estendere a tutte le ferite accidentali, e l'esame bacteriologico la dimostra bene fondata; noi sappiamo che anche le ferite operatorie son ben lontane dall'essere amicrobiche. D'altra parte noi non abbiamo alcun mezzo per riconoscere (sopra una ferita recente) da quali microbi è infettata, quale è la loro virulenza e quale sarà la loro azione ulteriore, e, quando noi ne abbiamo acquistata la prova, l'aspetto, i caratteri esteriori del focolaio traumatico, non sono, sotto questo rapporto, degli elementi sicuri di diagnosi.

Dunque *ogni ferita accidentale deve essere considerata e trattata come una ferita infetta.* Quale sarà questo trattamento?

È provato che l'assorbimento dei materiali infettanti, per parte delle superfici ferite, è quasi immediato: questa rapidità di assorbimento varia secondo i diversi microbi, e per di più la quantità cresce colla durata della impregnazione. Ne deriva una prima conclusione: la detersione della ferita deve essere *più precoce che sia possibile*, per essere efficace, ma sarà sempre utile fatta in qualsiasi tempo.

Ora l'esperienza ha stabilito: 1.° che noi siamo impotenti a distruggere tutti i germi in un focolaio traumatico: 2.° che *la difesa naturale dei tessuti viventi* ha una parte preponderante nella lotta contro l'infezione.

L'opera iniziale sarà adunque, innanzi tutto, un'opera di *detersione meccanica,* minuziosa e completa, facilitata, se è necessario, con sbrigliamenti ed escisioni praticate allo scopo d'evitare le infezioni secondarie e di rispettare l'integrità delle cellule viventi, che noi dobbiamo *aiutare nella loro reazione di difesa* e niente altro.

Rispondono interamente a questo scopo, l'acqua sterilizzata, il siero artificiale, le compresse sterilizzate e bollite. Non è la natura del liquido impiegato che importa, ma il modo di impiegarlo. Le soluzioni antisettiche sono nocive ad un titolo elevato, sufficientemente diluite per non alterare le cellule viventi non hanno, in realtà, altro effetto utile che questa detersione meccanica.

La medicatura deve soddisfare a condizioni fisiche dello stesso ordine: deve essere asettica, protettrice, e immobilizzante nella misura applicabile alle diverse regioni, e per un periodo di tempo variabile.

2.° *Ferite infette in cui l'infezione si traduce in una reazione locale o generale più o meno marcata.* — Anche qui bisogna distinguere due casi:

a) I sintomi clinici d'infezione sono di data recente, *la ferita non suppura.*

b) La ferita è *in piena suppurazione.*

In un caso e nell'altro la *sieroterapia specifica* è indicata; è questo il metodo scientifico naturale quello dell'avvenire. Disgraziatamente non ha ancora sorpassato certi limiti assai ristretti. Noi non possediamo che il siero antitetanico e il siero antistreptococcico: il primo non fornisce che dei risultati a titolo preventivo; il secondo è stato applicato, per lo più, nella febbre puerperale, e nell'eresipela. Contro le altre infezioni microbiche delle ferite noi non abbiamo, fino ad ora, alcun siero efficace e siamo disarmati contro le infezioni associate.

Il trattamento del focolaio è ancora più necessario, e, come nella prima ipotesi, dobbiamo proporci un doppio scopo: innanzi tutto detergere la superficie della ferita; secondariamente favorire l'esosmosi, il drenaggio continuo, e prevenire ogni ristagno ed ogni infezione sopraggiunta.

La *détersione* deve essere *sopratutto meccanica,* e l'azione della medicatura

deve essere *sopratutto fisica*. Se queste condizioni sono esattamente osservate, (e non lo possono essere che con una tecnica rigorosa, e severa) noi avremo sottratte, per quanto è possibile, le cellule viventi all'aggressione degli agenti settici senza nuocere alla loro reazione di difesa, e questi sono i due termini del problema.

Davanti ad una ferita in piena suppurazione, il metodo razionale procede dagli stessi principî: si deve quindi scoprire, e ripulire il focolaio suppurante, ed assicurare il *drenaggio totale e continuo* colle incisioni e gli sbrigliamenti necessarî, e coll'applicazione successiva di una medicatura assorbente, nel senso completo della parola. Infine in certe forme putride e gangrenose in certe ferite cavitarie l'*acqua ossigenata* che pare agire fortemente sugli anerobii, è un mezzo efficacissimo, ed abbiamo numerose prove della sua efficacia.

3.° *Ferite infette con infezione generale grave. Setticemia traumatica.* — Anche in questi casi bisogna rivolgersi alla sieroterapia specifica per avere gli elementi di una cura razionale; ma la sua efficacia è molto meno certa che sul principio dell'infezione. Al momento attuale noi non possiamo registrare che dei saggi, ed il siero antistreptococcico non è stato utilizzato che raramente nelle septicemie traumatiche: ad alta dose merita d'essere esperimentato su più larga scala. Attendendo la soluzione pratica di questo grande problema, noi non dobbiamo rinunciare al trattamento locale, alla detersione larga, completa, totale del focolaio traumatico la cui efficacia, benchè assai ristretta nelle infezioni generalizzate, è tanto maggiore quanto più precoce e completo è l'intervento.

D'altra parte noi dobbiamo aiutare con tutti i mezzi possibili la difesa naturale e la resistenza vitale dell'organismo, e, sotto questo punto di vista, la *sieroterapia artificiale* che innalza la pressione sanguigna e rende più attiva la diuresi diventa, impiegata ad alta dose, un metodo utilissimo di cura.

Anastomosi intestinali e gastrointestinali.

Dott. ROUX di Losanna.

L'esperimento sui cani non dà un'immagine fedele di quello che si osserva nell'uomo, in cui il tubo digerente presenta una « stoffa » più maneggiabile e meno infedele.

L'anastomosi ha lo scopo di derivare il corso degli alimenti, sia per gli inconvenienti od i pericoli che si avrebbero qualora soggiornassero o passassero in certi punti del canale gastro-intestinale, sia per evitare degli ostacoli che sarebbe impossibile, pericoloso ed inopportuno sopprimere.

Costituisce un'operazione palliativa in apparenza, ma che dà molto spesso dei risultati curativi. Essa tiene un posto di mezzo, pei suoi rischi, la sua tecnica ed i suoi risultati, tra le fistole (digiunali, enterostomie, ano contro natura) e l'operazione radicale (pilorectomia, escisione di tumori o d'anse ammalate).

L'anastomosi per apposizione laterale è la più pratica delle suture intestinali:

a) Perchè esige una minore esattezza.

b) Perchè permette un'adesione più ampia senza pericolo di formare un diaframma ad una valvola.

c) Perchè l'apertura è di una lunghezza illimitata, quindi va meno soggetta ad una stenosi secondaria.

d) Perchè è indipendente dal calibro delle intestina che si debbono riunire. È la più accessibile a tutti gli operatori.

Entero-anastomosi. Affezioni acute. — L'anastomosi è contro-indicata: 1.° Quando le condizioni dell'ammalato non permettono che l'enterotomia. 2.° Quando lo stato dell'intestino impone la soppressione immediata di una o di parecchie anse. 3.° Quando le condizioni generali dell'ammalato, quelle dell'intestino e l'abilità dell'operatore permettono di far meglio. L'operazione è indicata: allorchè si tratta soltanto di ristabilire il corso delle materie, sopratutto se un'operazione

più lunga e più radicale è pericolosa. 2.° Anche dopo di aver tolto un invaginamento, od una torsione se si teme per la peristaltica.

Affezioni croniche. — *A*) L'anastomosi sarà preferita in casi di numerose aderenze in cui, astrazion fatta dalla natura del male, dà le maggiori speranze. *B*) Sarà poi operazione definitiva: 1.° in casi di tumori inoperabili; 2.° di fronte ad alcuni focolai infiammatori complicati, multipli, inaccessibili (tubercolosi, actinomices). *C*) Si ricorrerà a questo intervento come operazione preliminare: 1.° in caso di tumori operabili in ammalati molto indeboliti (per un principio di occlusione determinato da essi); 2.° in caso di fistole pio-stercoracee esterne che guariscono spesso con questo primo intervento combinando l'anastomosi coll'esclusione laterale, che non richiede che due o tre minuti, e che conviene a tutti i casi della classe *B* e *C*.

L'esistenza è compatibile con un metro e mezzo di digiuno, e colla metà del colon. Non si deve dunque temere di allontanarsi dal focolaio ammalato per operare su delle anse sane.

Anastomosi gastro-intestinali. — La gastro-enterostomia, meno pericolosa, precede la pilorectomia come operazione preliminare se le condizioni dell'ammalato la fanno preferire. Se il tumore è inoperabile la gastro-enterostomia sostituisce la pilorectomia, e dovrebbe completarla (2.° metodo di Billroth) per dare all'ammalato i vantaggi dell'operazione radicale e della palliativa, creando un nuovo piloro lontano dall'antico quanto è possibile, utile per quando verrà la recidiva.

Nelle malattie non neoplastiche del piloro e dello stomaco per le quali è da desiderarsi la facile evacuazione del contenuto gastrico, la gastro-enterostomia è da preferirsi alla pilorectomia ed alla piloroplastica perchè più facile ed ugualmente efficace.

L'anastomosi gastro-intestinale conserva tutti i suoi diritti nelle affezioni del duodeno. Equivale alla gastro-plastica nello stomaco biloculare, all'escisione nell'ulcera semplice sia in quanto alla tecnica sia in quanto ai risultati. Infine è molto superiore alla *gastroplicatio* ed alla gastropessia.

È ideale quando è fatta ad Y.

Per un operatore ugualmente abile a maneggiare l'ago da sutura intestinale e gli apparecchi d'avvicinamento più o meno automatici, la sutura resterà il metodo di elezione, perchè dà una riunione della mucosa per prima intenzione, e perchè permette un trattamento post-operatorio « sans géne » prezioso in tutti i casi. Il bottone del Murphy, il migliore degli « *accessori* » del genere, sarà riservato ai casi, ancora molto numerosi, in cui bisogna contare i minuti, e può dare dei risultati buonissimi.

In tutte queste osservazioni fa meraviglia il numero di morti per pneumonite, che non sono sufficientemente spiegati dalla cloronarcosi.

SOULIGOUX (di Parigi). — Le anastomosi intestinali costituiscono nella cura del cancro e dei restringimenti intestinali l'operazione principale e qualche volta l'operazione complementare.

In presenza di un caso di ostruzione intestinale acuta o cronica, le anastomosi intestinali debbono cedere il passo all'ano contro natura, pronti ad intervenire secondariamente più tardi.

Nel caso di *rallentamento* nel corso delle materie senza vera ostruzione, se si ha da fare con un tumore mobile che si possa togliere con facilità, si deve praticare l'enterectomia, ma l'operazione deve terminare con un entero-anastomosi latero-laterale, o termino-laterale: operazione più semplice, più rapida più sicura che un enterorafia circolare.

Se il tumore è aderente e la sua ablazione complica molto l'intervento, l'anastomosi è l'unico intervento da praticarsi e, benchè palliativa, dà ottimi risultati. Nei casi di restringimento o di cancro del ceco si deve anastomizzare l'ileo coll'intestino crasso, e nel resto dell'intestino crasso la parte situata al disopra con quella situata al disotto dell'ostacolo.

Nei casi di ernia strozzata può essere un'operazione preparatoria e definitiva ben più semplice e più sicura che un enterorafia circolare.

Conclusioni. — Lo stomaco è diventato un organo eminentemente chirurgico, soltanto le dispepsie nervose sfuggono all'intervento.

Nei casi di stenosi cicatriziale del piloro o della prima porzione del duodeno la gastro-enterostomia è l'operazione di elezione, la sola permessa, poichè è quasi senza pericoli, ripara a tutti gli accidenti e con essa gli ammalati ritrovano una salute fiorente. Oltre di questo è meno grave e più sicura della pilorectomia e della gastroplastica.

Nelle stenosi cancerigne è ancora la gastro-entero-anastomosi che sarà più spesso impiegata. Non si dovrà preferire la pilorectomia che nei casi di cancro all'inizio senza aderenze epatiche, pancreatiche o coliche, senza invasione delle glandole preaortiche pancreatiche ed epatiche, e quando non si ha nessun indizio di generalizzazione del processo; in una parola quando si potrà praticare con facilità, e seguendo la tecnica preconizzata da Hartmann e Cuneo. La gastroenterostomia sarà il più spesso il complemento necessario della pilorectomia quando si saranno eseguite delle ampie resezioni dello stomaco e del duodeno.

Nel caso di ulcera dello stomaco in via di evoluzione la gastroenterostomia è ancora utilissima, non per arrestare le emorragie, ma per mettere l'organo in riposo e permettere la cicatrizzazione delle lesioni.

Nello stomaco biloculare la gastro-entero-anastomosi è l'operazione di elezione ben superiore alla gastro-plastica.

Nelle dispepsie quando l'ammalato non migliora col trattamento medico, quando persistono dei fenomeni di ritenzione alimentare con dolori violenti causa di contrattura del piloro, diventa un' operazione di necessità: fatta di buon ora sarà poco grave e permetterà allo stomaco di guarire e di vuotarsi completamente del suo contenuto.

Il metodo dell'Hacker è da preferirsi quando è possibile: la via anteriore non è da seguirsi che in caso di necessità.

L'operazione più completa fisiologicamente è quella fatta secondo il processo del Roux; tuttavia la via posteriore, che mette al sicuro della massima parte degli accidenti dovuti al circolo vizioso, mi sembra da preferirsi sia essa eseguita colla sutura, coi bottoni anastomotici, o collo schiacciamento da me preconizzato: in fatti è più rapida e quindi meno grave. Se si avessero dei casi di ostruzione dovuti a gomitature, non si deve esitare a praticare una anastomosi digiuno-digiunale, come han fatta Ricard, io stesso e parecchi altri.

Comunicazioni.

Nuove applicazioni delle acque Salso-iodiche di Salso-Maggiore nelle lesioni tubercolari chirurgiche.

Ceccherelli (Parma). — Relativamente alle indicazioni nella tubercolosi delle glandole: 1.° Il chirurgo deve operare tutti i malati, nei quali la glandola tubercolare ha un volume considerevole, quando è suppurata o quando è caseificata. Deve consigliare la cura salso-iodica per modificare le condizioni generali del paziente e modificare il terreno. 2.° Negli altri casi consiglierà la cura salso-iodica e le iniezioni di acqua di Salsomaggiore, depurata, sterilizzata e titolata, nel parenchima della glandola, mai periglandolari, e nel tempo stesso consiglierà i bagni salso-iodici, ripetuti per 2 o 3 anni per meglio assicurarsi che la guarigione sia definitiva e durevole. Negli ascessi tubercolari, nei quali è legge vuotare la sacca purulenta ed iniettare nel cavo ascessuale una soluzione capace di modificare la sacca stessa ed il focolaio dal quale deriva la suppurazione volli fare il lavaggio della sacca con l'acqua di Salsomaggiore, depurata e sterilizzata, ed alla quale aggiunsi, per diluirla, dell'acqua stillata sterilizzata nella proporzione

di due terzi di acqua distillata ed un terzo di acqua di Salsomaggiore. Perciò, a proposito delle nuove applicazioni di quest'acqua nelle lesioni tubercolari chirurgiche emetto le seguenti conclusioni: 1.° E legge per il chirurgo di eliminare il focolaio tubercolare o di portarvi delle modificazioni che possono determinare la guarigione; ma nel tempo stesso deve modificare il terreno sul quale la tubercolosi si è localizzata 2.° Per portare queste modificazioni nel focolaio tubercolare, quando l'eliminazione non è necessaria, le iniezioni nel focolaio stesso od in un punto lontano con dell'acqua salso-iodica di Salsomaggiore depurata, sterilizzata, titolata sono utilissime. 3.° Le iniezioni ed il lavaggio con acqua di Salsomaggiore diluita con acqua sterilizzata sono utilissime anche negli ascessi tubercolari, dopo di averli vuotati. 4.° Le iniezioni ipodermiche con acqua salso-iodica di Salsomaggiore, depurata, sterilizzata, titolata sono un potente mezzo, efficacissimo per modificare il terreno, specialmente perchè il miglior tipo è quello di Salsomaggiore per la quantità considerevole di cloruro di sodio, di iodio, di bromo, di stronzio e di litio contenuti in queste acque.

Cura chirurgica del cancro.

I. L. Faure (Parigi). — Nessuna osservazione è troppo grave quando si tratta di salvare un morente; la questione ch' io mi propongo non è quella di sapere se il mio intervento possa spegnere un ammalato di già condannato, ma invece di sapere se questi si può guarire. Il cancro è una malattia locale, che può guarire con una operazione pure locale. Ma per guarirlo è necessario oltrepassare i limiti. — Qualunque operazione incompleta è soggetta fatalmente alla recidiva del male, o piuttosto alla continuazione, perchè il cancro non recidiva ma continua.

È necessario quindi fare atti operativi estesissimi, e al momento di togliere il male, non bisogna preoccuparsi del modo con cui si rimarginerà la ferita. — Si riparerà in seguito come si potrà se non si rimarginerà da sola.

Io ho operato in queste condizioni 93 ammalati presentanti cancri di tutte le parti e di tutte le gravità. 18 sono guariti in un tempo che varia da 12 a 47 mesi. Su questi 18, 2 colpiti da epitelioma gravissimo del mascellare superiore e del pavimento della bocca, sono morti alla fine di 25 e 40 mesi di una malattia intercorrente senza recidiva.

Questo fatto lo trovai 19.35 p. 100 e sono in cifre rotonde 20 p. 100 di guarigioni. — Io so bene che l' intervallo non è abbastanza lungo per parlare di guarigioni definitive, benchè non abbia mai visto, salvo per il cancro esterno, venire la recidiva dopo un anno di apparente guarigione. Ma 14 dei miei ammalati sopra 15,05 p. 100 usciti dall'ospedale guariti, si sono allontanati senza ch'io ne abbia avuta nuova; ed è presumibile che fra loro qualcuno sia ugualmente guarito e ristabiliscono le proporzioni.

Questa cifra tonda del 20 p. 100 di guarigioni, che porto sopra casi favorevoli, dei casi medî, e dei casi sfavorevolissimi, mi pare proprio consolante.

E pur ammettendo che i casi vengano qualche poco a ridurli, resta ciò nondimeno assai importante perchè si possa sperare di guarire il cancro, e perchè per parte nostra ci sia il diritto e anche il dovere, quando noi ci troviamo dinanzi a lui, di tutto intraprendere e di tutto osare.

Della nevranina in chirurgia.

Braquehaye (Tunisi). — I vantaggi della nevranina sono:

1.° *Anestetico* — La soluzione al $^4/_{100}$ ha delle proprietà simili a quelle della cocaina. La soluzione al $^2/_{100}$ è troppo debole. La durata dell'anestesia è di una mezz'ora.

2.° *Antisettico*. — Le soluzioni al $^1/_{100}$ non coltivano (stafilococchi e streptococchi) Il bacillo del carbonchio si sviluppa nella soluzione al $^4/_{100}$, ma la sua virulenza è assai attenuata.

3.° *Sterilizzabile.* — Il potere antisettico non diminuisce nè per l'ebollizione o sterilizzazione a 120°.

4.° *Debole tossicità.* — Le dosi iniettate dall'autore sono da 50 centigrammi a un grammo. Egli non ebbe i medesimi casi che nei vecchi e negli albuminurici. L'anestesia comincia 5 minuti dopo l'iniezione. Il numero degli ammalati operati col mezzo della nevranina da Braquehaye oltrepassa il centinaio; ed ha potuto riunire 10 0 osservazioni senza trovarvi casi importanti Egli non riferisce che due inconvenienti leggeri, caratterizzati da nausea ed a tendenza alla sincope. L'assenza dell'intossicazione sarebbe dovuta all'eliminazione rapida che si manifesterebbe cinque minuti dopo nelle urine per certuni, e solamente un'ora dopo per Braquehaye.

La tecnica composta delle applicazioni dirette (anestesia oculare p. esempio), delle iniezioni sottocutanee e interstiziali (tecnica identica a quella della cocaina descritta da Reclus). Le operazioni sono le stesse di quelle praticate in grazia della cocaina, dai piccoli interventi fino alla laparotomia. I soli casi sfavorevoli all'anestesia sono quelli ove i tessuti sono: o infiammati, o cicatrizzati.

Braquehaye fa notare che le iniezioni di nevranina sono vaso-dilatatrici, e ne risulta una emorragia che si può diminuire iniettando nei tessuti una soluziode dell' $^1/_{100}$ d'estratto glicerinato di capsule surrenali.

Anestesia con le iniezioni di cocaina nel canale vertebrale.

Sèvereau (Bucarest). — La dose di cocaina iniettata varia de un centigrammo a quattro grammi. In due casi l'anestesia fece difetto, una volta perchè senza dubbio l'iniezione non era spinta nel canale vertebrale, nel secondo l'autore non può indicare la ragione. Sèvereau non vuole insistere sopra una tecnica conosciuta, e non vuole parlare che dei casi.

L'ammalato è debolissimo, ha spesso una sensazione di vomito, e questa può durare due o tre giorni. Ciò che v'è di più doloroso sono i fortissimi mali di capo, accompagnati da una debolezza inquietante; mai si sono riscontrati casi mortali, ma i casi allarmanti non mancano e sono durati fino a quarantotto ore. Altro inconveniente importantissimo che l'autore considera, è che l'ammalato assiste lui stesso all'operazione, e ne resta quasi sempre impressionatissimo.

Per lui questo metodo è dannoso, e necessita una grande sorveglianza. Se si possono combattere facilmente le disgrazie, egli ha ricorso alle iniezioni di caffeina, etere e di siero artificiale.

Anestesia midollare colla cocaina e iniezioni intra-aracnoidee di cocaina.

Tuffier (Parigi). — Ha già pubblicato 65 casi e il totale dei suoi interventi fatti secondo questo metodo arrivano a 125. Questi sono sulle membra inferiori, sul perineo, vescica, retto, utero ed annessi e sopra gl'intestini Egli non oltrepassa un centigrammo e mezzo di cocaina, ed ha sempre ottenuto una anestesia assoluta. Quando non agisce, per lui è che la soluzione è cattiva, o che il liquido non è penetrato nella cavità della aracnoide, e le disgrazie sarebbero dovute alla quantità troppo grande di cocaina iniettata. Egli passa in rivista i casi e gli stadii durante e dopo l'anestesia.

1.° *Casi durante l'anestesia.* — Tosto che il liquido ha agito sopra i nervi rachidieni 95 °/₀ degli ammalati si lamentano di stordimento, e dell'anestesia [illegible] sale dai piedi all'ombellico, che può estendersi fino alla parte media del [illegible] Occorrono cinque o dieci minuti per produrre questa anestesia e dura da un'ora e mezza a quattro ore.

Durante l'operazione l'ammalato ha pesantezza ed affanno all'epigastrio, bisogno d'aria e fa ampie respirazioni, ed ha nausea cinque minuti dopo. Questa nausea può andarsene mediante il vomito, se la quantità di cocaina impiegata

è troppo forte. Il polso batte da 90 a 120°. Egli ha accessi di calore, traspirazione della faccia, pallore che è determinato dalla nausea.

2.° *Dopo l'anestesia.* — Sovente non si riscontrano, e gli ammalati domandano da mangiare. Talora vanno soggetti a vomiti e fremiti e ad un'elevazione di temperatura da 38° a 39°9. Queste ascensioni termiche non devono destare inquietudine, giacchè si è riscontrato che all'indomani la temperatura scende a 37°. Il solo sintomo persistente disgradevole è la cefalalgia, che dura da quindici ore d'ordinario e qualche volta quarantotto ore Tuffier fa notare che non bisogna credere che i dannosi sintomi bulbari non salgano mai fino ad oltrepassare il diaframma, l'anestesia è sotto-diaframmatica. Duguet, medico capo al Lariboisière, ha riscontrato che la morte è stata causata da una insufficienza della mitrale con doppia congestione polmonare.

I casi cardiaci non sono una controindicazione.

Gérard, Marchant operò insieme a Tuffier un'ammalata affetta di restringimento mitralico, che il prof. Potain si era opposto di addormentare; tolse un grosso fibroma ed ella guarì perfettamente.

Tuffier fa notare che lungi dal rifiutare l'anestesia generale, non può negare che questo metodo di anestesia midollare abbia la sua utilità a che in casi estremi possa rendere grandi servizii.

Trattamento dei tumori maligni con i composti d'arsenico.

C. Trunecek (Praga). — Il trattamento radicale del cancro epiteliale con l'acido arsenioso, che ho pubblicato col mio collaboratore, consiste in spennellature quotidiane della superficie cruentata del neoplasma con una miscela d'acido arsenioso (1 gr.) nell'alcool ed acqua (āā 75-40 gr.). Ne risulta una trasformazione successiva del tessuto canceroso con escare che si distaccano e lasciano finalmente una piaga granulosa ordinaria che guarisce dopo un trattamento antisettico qualunque. Ho utilizzato questo metodo conosciuto sotto il nome di Cerny-Trunecek, anche per il trattamento dei sarcomi superficiali ed ulcerati. L'applicazione è la stessa e se il tumore non è troppo grosso e il paziente indebolito, si può ottenere in questa maniera una guarigione completa, come l'ho già ottenuta in un caso di sarcoma della pelle sopra una donna dell'età di ventiquattro anni, nella quale la guarigione si mantiene da diciotto mesi. Sopra i sarcomi si possono meglio studiare le diverse fasi di questo trattamento, essendo i tessuti omogenei.

La parte spennellata diviene anemica, il tessuto è ancora di forma e consistenza normale, ma non contiene più sangue di maniera che, meno le ferite profonde, fanno scolare un liquido sieroso. Più tardi sopravviene una colorazione oscura di tutta la superficie ed a poco a poco il tumore si trasforma in una massa così dura che si lascia appena tagliare. Per la spennellatura sola della superficie tutto il tumore nella profondità di qualche centimetro è necrotizzato, ma se si vuole accelerare un poco il trattamento, colle forbici si possono togliere le parti superficiali necrotiche.

Quando tutto il tessuto neoplastico è ammortizzato ne avviene un'infiammazione marcata, in seguito alla quale il neoplasma viene eliminato come un corpo estraneo. In questa maniera si possono spontaneamente estrarre dei tumori vascolari sanguinanti senza alcuna emorragia.

Invece dell'acido arsenioso si può servire anche dei suoi composti, sopratutto dell'arseniato di Na e K; ma bisogna dire che tutte e due possono essere assorbiti prestissimo, costituendo dei mezzi più dannosi.

MARECHAL (Chatillon-sur-Seine). — **Culture pure e inoculazioni alle cavie del bacillo di Ducrey.**

RICERCHE SPERIMENTALI E ISTRO-PATOLOGICHE SOPRA L'ANESTESIA MIDOLLARE COLLE INIEZIONI DI CLORIDRATO DI COCAINA.

VINCENZO NICOLETTI (Napoli). — Le sue ricerche gli hanno dimostrato che sotto l'azione della cocaina iniettata nel canale rachidiano, gli elementi nervosi non subiscono alcuna alterazione isto-patologica apprezzabile coi nostri metodi attuali di ricerche. Egli per quello crede, non negando però qualche volta una azione specifica della cocaina, la quale come alcaloide agisce per l'intermezzo dei vasi, provocando disordini circolatori. Egli ha, per dimostrare la sua ipotesi indirettamente instituite delle esperienze di controllo colla ergotina, l'antipirina e con il bicloruro di chinino, ed ha ottenuto altresì l'analgesia presso a poco cogli stessi fenomeni notati per mezzo della cocaina. Egli riferisce sette casi di cocainizzazione del midollo sopra degli ammalati con dei risultati molto soddisfacenti, e si dichiara completamente favorevole al metodo.

ANESTESIA DOVUTA ALLA COCAINA NEL CANALE MIDOLLARE.

RACOVICEANA PITESCI (Bucarest). — Statistica di 125 casi; l'età degli operati è compresa da cinque a sessantadue anni. L'autore fa una iniezione mentre l'ammalato è seduto sopra una seggiola. Quattro volte l'anestesia non si è prodotta ed ha amministrato il cloroformio; due volte la sensibilità è avvenuta prima del termine dell'operazione. Se l'anestesia è praticata più volte sopra lo stesso individuo si stabilisce una tolleranza alla cocaina.

Sopra 100, 17 non hanno presentato nessun accidente, o hanno avuto leggeri sintomi d'intossicazione assai dolorosi della durata da 12 ore a 5 giorni, 3 ammalati hanno presentati dei fenomeni d'intossicazione grande che hanno messo la loro vita in pericolo. La dose impiegata era da quattro a due centigrammi, pura o associata alla morfina, ed in ultimo luogo all'atropina. Una controindicazione formale risulta dalle lesioni renali: i cardiaci e gli arterio-sclerotici debbono essere sorvegliati.

La cocaina non ha tendenza a rimpiazzare l'anestesia generale, ella può essere utile, ma non può generalizzarsi nello stato attuale vista l'instabilità della soluzione.

SOPRA IL POTERE RETRATTILE DELLE CICATRICI. — RICERCHE SPERIMENTALI E CLINICHE.

MINERVINI (Genova). — 1.° La retrazione delle cicatrici è direttamente proporzionale alla durata dei processi di riparazione più grande per gli individui adulti che per i più giovani.

2.° La retrazione non dipende già da fibre elastiche, nè da fibre speciali formate da sostanze contrattili, ma sopratutto dalle masse inerenti alla naturale evoluzione del processo riparatore.

3.° La cicatrice formata si distende. Per questo non si dovrebbe parlar mai di cicatrici retrattili, ma piuttosto di piaghe durante la guarigione e di cicatrici rimarginate.

4.° Le cicatrici da scottatura sono uguali alle altre; non hanno nessun potere retrattile maggiore.

5.° Le cicatrici risultanti da piaghe infette seguono le stesse leggi.

6.° Per ottenere la minor possibile deformità è necessario opporsi direttamente a questa retrazione durante la guarigione tenendo distaccati i margini delle piaghe e cercando di ottenere nelle cicatrici la massima larghezza possibile.

M. Feuton Benedict Eurck (Chicago). — **Cura da prodigare agli ammalati lurante le operazioni con qualsiasi metodo per prevenire infezioni e choc.**

Severeau (Bucarest). — **Sutura fatta a zig-zag.**

P. Michaux. — **Un nuovo procedimento per l'emostasia, apparecchio automatico, riunente legature metalliche perdute.**

P. Michel (Paris). — **Intorno ad un procedimento di sutura per la cucitura lella pelle.**

L. Bramson (Copenhague). — **Nuovo apparecchio per la riunione delle ferite.**

M. Hagopoff (Costantinopoli). — **Un nuovo metodo di sutura a piani senza lli perduti**

Il latte iodato Sclavo nelle affezioni tubercolari crirurgiche.

Biondi (Siena). — Comunica i risultati ottenuti dal suo aiuto della Clinica hirurgica di Siena, Dott. G. A. Pitzorno, nel trattamento di alcune forme di ubercolosi chirurgica a mezzo del latte iodato del Prof. Sclavo L'iodio godette empre una grande riputazione nella cura della tubercolosi e parecchi sono i suoi erivati che tuttora si adoperano in simili affezioni.

Era noto ai farmacologi che questo elemento, messo a contatto con le varie stanze proteiche può formare speciali composti entrando a far parte della loro olecola ed il Prof. Sclavo di Siena ebbe l'idea di preparare composti siffatti, tto tale forma, da poterli utilizzare per iniezione ipodermica nelle varie manistazioni tubercolari.

Fece agire l'iodio sul siero sanguigno e ne ebbe un liquido, il quale, se da a parte soddisfa allo scopo prefissosi dall'autore, presenta i seguenti inconvenmti: preparazione delicata e relativamente dispendiosa, di più con l'iniezione tale siero si provocano spesso quegli eritemi cutanei pruriginosi, più o meno avi a seconda delle condizioni individuali, che si osservano in seguito all'uso tutti i sieri medicamentosi. A questo inconveniente fu posto felicemente riparo stituendo al siero il latte scremato. La preparazione come dal lavoro dello avo comunicato alla seduta del 30 maggio 1900 all'Accademia dei Fisiocritici Siena si fa nel seguente modo:

« Il latte appena munto viene scremato al massimo con una buona centrifuga e poscia sterilizzato tenendolo per 20′ nell'autoclave a 112°. Raffreddatosi i aggiunge l'iodio nella proporzione del 0,5 % e si agita bene per ottenere he questo elemento si combini completamente con le sostanze proteiche del atte. In ultimo si aggiunge al latte cloroformio in eccesso, agitando dolcemente ffinchè il cloroformio non si emulsioni. Dopo 24 ore si decanta il latte saturatosi di cloroformio e si distribuisce in boccette. Il cloroformio assicura per n tempo indefinito la conservazione del latte iodato. Col tempo avviene la eparazione delle sostanze proteiche del latte ed è necessario agitare bene la boccetta prima di aspirare il contenuto con la siringa. Col latte così preparato na parte dell'iodio sta fissato probabilmente allo stato di sale inorganico, iacchè dializzando si ottiene col dializzato positiva la reazione dell'iodo, cercando questo elemento con l'aggiunta di cloroformio e poi di acido nitrico di cloro. Dopo alcuni giorni dacchè su un campione si è istituita la prova lla dialisi non si riscontra più iodo nel nuovo dializzato di tale campione e ricerca suesposta riesce pure negativa se si fa col materiale rimasto sul alizzatore. Evaporando però in capsula a bagnomaria tale materiale, previa ggiunta di idrato sodico o potassico, e calcinando poi sulla fiamma il contenuto della capsula tirato a secco, si ottiene dalle ceneri, riprese con acqua stillata, evidentissima la reazione dell'iodo. Ciò è prova che l'iodo erasi combinato coi costituenti del latte sotto forma tale da non poter essere più svelato i reattivi, mediante i quali si riconosce quando esiste allo stato di composto lino inorganico ».

Col latte così preparato il Dott. Pitzorno trattò 35 casi di lesioni tubercolari

chirurgiche, cioè: 10 linfomi, 2 orchioepididimiti, 2 peritoniti, 7 artrosinoviti, 3 osteosinoviti, 7 osteoperiostiti, 2 lesioni cutanee, 2 ascessi.

Fece le iniezioni ora al sito della lesione, ora sotto cute in un punto lontano dalla lesione stessa. La dose giornaliera minima di latte iniettato fu di 5 c c. la massima di 50 si può iniettare giornalmente ed ho degli ammalati ai quali ha iniettato in poco più di 2 mesi 3-500 c.c. di latte iodato, pari a gr. 17,5 di iodo puro. L'assorbimento si effettuò sempre rapidamente, tantochè gli infermi subito dopo l'iniezione sentivano il sapore dell'iodio. Tranne qualche leggero fatto di iodismo, non ebbero disturbi di rilievo: nei punti delle iniezioni sottocutanee leggero induramento che scompariva dopo pochi giorni, mentre nelle iniezioni sulle parti inferme ebbero leggera reazione che si manifestava con aumento di volume dalla parte e dolore alla pressione.

I risultati delle cure fatte furono: miglioramento dello stato generale in tutti gli infermi, con aumento in peso, senso di benessere, aumento dell'appetito e morale più sollevato. Quanto agli effetti sulla lesione chirurgica notò i seguenti risultati. In sei casi, cioè in 1 peritonite, in 2 osteoperiostiti, in 1 osteosinovite, e in 2 ascessi, la cura rimase senza effetto: in 8 si ebbe notevole miglioramento, ed in 21, cioè in 8 linfomi, 1 peritonite, 1 osteoperiostite, 1 osteosinovite, 2 orchioepididimiti, 6 artrosinoviti e 2 lesioni cutanee il miglioramento fu tale da potersi, ai dati dell'osservazione fatta sino ad oggi, parlare di guarigione.

Nei casi nei quali non si ottenne alcun risultato ed in alcuni nei quali si ebbe miglioramento si associò dopo un certo periodo di tempo la cura chirurgica: le ferite operatorie guarirono rapidamente e sino ad ora non si ebbero recidive.

Riguardo all'influenza sul processo patologico si sono potute fare le seguenti osservazioni. Nei casi di linfomi guariti le singole ghiandole diminuirono gradatamente di volume sino a scomparire del tutto, oppure residuando un piccolo nodulo duro: in due casi nei quali si ebbe notevolissima diminuzione dei linfomi senza scomparsa completa degli stessi, essendosi più tardi proceduto al trattamento chirurgico, si trovò risultare le singole ghiandole di tessuto fibroso con densa massa caseosa centrale.

Nei casi di tubercolosi cutanea si ebbe *restitutio ad integrum* della parte affetta col solo residuato di una cicatrice superficiale acromica. Nel caso di peritonite guarita scomparve il liquido ascitico ed il volume del ventre ritornò al primitivo, mentre nell'altro caso nel quale non si ebbe alcun beneficio dalla cura iodica, tutta la superficie peritoneale (come si constatò in seguito alla laparotomia) era ricoperta da numerosi tubercoli migliari, la maggior parte dei quali erano al centro caseificati. Nei casi di artrosinovite si ebbe diminuzione del volume dell'articolazione, con ripristinamento quasi totale dei movimenti e ciò si ottenne in minor tempo quanto più la lesione era recente.

Nei due casi di orchio-epididimite si ebbe diminuzione del volume della ghiandola, scomparsa della durezza e della superficie irregolare caratteristica a questa lesione. In un caso di osteoperiostite in cui la lesione ossea era di poco momento si ebbe guarigione, mentre in altri due casi nei quali il processo morboso era molto esteso e nel quale vi erano molte masse caseose la cura iodica non ebbe risultato.

Da queste ricerche cliniche quindi si ricava che quanto più sollecita sarà la cura col latte iodato più sicuri e rapidi saranno i risultati nella cura delle forme della tubercolosi chirurgica: i benefici del nuovo trattamento saranno pure molto importanti, ottenendosi radicali guarigioni, se nei casi nei quali il processo tubercolare è giunto alle ultime fasi regressive si associa alla cura lattoiodica l'intervento chirurgico.

Contributo alla cura del rene mobile.

Biondi (Siena). — Il rene mobile è frequente, specie a destra e nelle donne. Quando non richiama attenzione con niun disturbo non esige cura di sorta; in-

vece devesi curarlo e con l'operazione quando induce disturbi, come compressione del duodeno, del colon, della vescichetta o dei dotti biliari, quando cagiona crisi dolorose renali, idronefrosi intermittenti od ematurie, disturbi, in gran parte dovuti ad aderenze del rene con gli organi vicini, ad antiversione ed antiflessione dell'organo migrato e quindi attorcigliamento dei componenti il picciuolo.

Fra i numerosi processi operatorii proposti dal 1881, cioè dall'anno in cui Hahn praticò la prima nefrorrafia, sino ad oggi, generalmente dai chirurghi si dà la preferenza a quello del Lloyd e Tuffier od a quello del Guyon. In ambedue i casi si fa il taglio fra 12.ª costola e cresta iliaca, al davanti delle masse muscolari lombari e si scopre il rene, che viene in parte od in tutto privato dalla sua atmosfera adiposa. A questo punto il Lloyd ed il Tuffier tagliano superficialmente sul margine convesso dell'organo la capsula fibrosa, ne fanno due lembetti che fissano al davanti e posteriormente ai muscoli.

Il Guyon lascia invece a posto la capsula fibrosa o passa 3-4 punti doppii attraverso il parenchima, punti che, dopo d'avere annodati sul rene senza strozzarlo, li fa attraversare i muscoli messi anteriormente e posteriormente. Modificazioni di poco rilievo si riferiscono al numero dei fili sospensori, al materiale da preferire, al punto di appoggio, ecc.

Ho operato tre volte col processo Lloyd Tuffier, due con quello del Guyon ed in un caso ho operato associando insieme i due processi operatorii. Ho seguito gli operati ed ho potuto convincermi che questi processi non sono senza inconvenienti e non sempre conducono alla guarigione del rene mobile.

I fili sospensori inducono emorragie, infiltramenti di urina e suppurazioni intrarenali. E quest' ultimo danno tanto più può deplorarsi, quando si fanno passare i fili di seta dalla pelle, muscolatura, ecc. attraverso ai reni, come da Joannesco si propose allo scopo di potere facilmente rimuovere i fili. In queste condizioni si possono lungo essi propagare i microrganismi dalla pelle e dalle sue glandole. Infine, per effetto degli stessi fili si sono notate concrezioni ed in altri casi limitati processi sclerotici intrarenali (Delageniere).

Il processo Guyon non è neanche efficace, giacchè, perdurando le stesse cause che diedero luogo alla mobilità del rene, facilmente si lacera il breve tratto di parenchima renale compreso, come nei conati di vomito consecutivi all'anestesia, ed il rene riacquista la sua mobilità. Già al momento dell' operazione s'osserva l' inefficacia di questo processo, perchè il tenero e friabile parenchima renale resta tagliato parzialmente dai fili sospensori nelle escursioni respiratorie. Ugualmente si lacerano i sottili lembi della capsula fibrosa secondo il Lloyd Tuffier: anche se la capsula fibrosa fu precedentemente preparata per largo tratto, i singoli punti invece di fissare essa capsula ai margini dell' incisione muscolare, largamente la squarciano.

Infine, il rene con questi ed analoghi processi di fissazione, per tutta la sua estensione, resta troppo in basso, in contatto con i margini dell' incisione lombare, e può perciò derivare difficile lo scolo delle urine. Di più, pel fatto che deborda tutto dall'arco costale, è causa di non poca apprensione agli operati che direttamente si palpano il rene e fuorviati dalla falsa percezione del sollevamento delle pareti addominali e quindi della loro mano nei movimenti respiratorii, credono che il loro rene sia tuttora mobile. Anche la modificazione del Senn, che estirpa la capsula adiposa per tutta l'estensione della ferita, scarifica con ago la capsula fibrosa, uncina con un'ansa di garza il polo inferiore del rene, tampona l'intera ferita ed annoda gli estremi dell' ansa sul tampone, lasciando tutto a posto per 6-8 giorni, non conduce all' intento di ricacciare nella sua giacitura il rene.

Per queste considerazioni nelle ultime 13 fissazioni di rene feci a meno di punti sospensori e di qualsiasi sutura. Per non attraversare muscoli, per cadere col taglio più facilmente sul rene e per interessare il minor numero di nervi e di vasi, taglio nel triangolo del *Petit*, fra il margine posteriore del muscolo

grande obliquo ed il grande dorsale. In tale località non si ha che ad incidere sul margine anteriore del muscolo quadrato dei lombi il foglietto anteriore e posteriore dell'aponevrosi del trasverso, per cadere sulla capsula adiposa del rene. Lo privo allora della capsula adiposa e fibrosa e così decapsulato, dopo raddrizzato se è antiflesso, lo ricaccio nella sua loggia, dove lo tengo fisso a mezzo del tamponamento con lunga striscia di garza. La striscia di garza che riempe tutto lo spazio al davanti del polo inferiore ed in sotto del rene, la dispongo con metodo prima al davanti del rene, per impedire a questo di sfuggire verso la linea mediana e poi ad S italica dall'infuori verso la linea mediana e viceversa dall'angolo superiore all' inferiore della ferita, così che, trascorso il tempo necessario, la si può facilmente rimuovere svolgendo le successive anse da sotto in sopra. Anche zaffando con energia non ho notato inconvenienti nella circolazione colica.

Dopo 6-8 giorni, nel ritirare lo zaffo, si trova il rene saldamente fissato nella sua giacitura e nelle profonde inspirazioni non si vede abbassare dall'angolo superiore della ferita.

Dall'esposizione di questo processo abbastanza semplice, non più sospensione del rene alla 12.ª costola (Ceccherelli, Guyon, Bassini, Ceci, Catterina) non più resezione di costola (Tillmans, De Paoli), nè perdita di tempo in sutura, nè l' inconveniente di lasciare attraverso il rene dei fili. L' operazione decorre rapida e tutta la durata della cura non oltrepassa i 20 giorni. Il rene resta in gran parte coperto dall'arco costale, e solidamente a posto, giacchè è innegabilmente più attiva la neoformazione del tessuto di granulazione, quando ha luogo il decapsulamento, come avevano già dimostrato Lloyd, Tuffier, Luret, Zatti, Pavcne e Mazzoni.

Nel rene mobile antiflesso, ricacciando retroperitonealmente verso la linea mediana il fegato o la milza, a seconda del lato sul quale si opera, si riesce a non far gravitare il fegato o la milza sul rene, impegnandone il polo superiore fra la parete costale e le parti più esterne di questi organi, così da tenere fisso e raddrizzato il rene.

Per la permanenza in sito della garza si può addebitare al processo l' inconveniente di non lasciare guarire per prima la ferita, ma questo, secondo i miei risultati, rimane un pio desiderio anche con gli altri processi, per la filtrazione delle poche gocce di urina, che appunto ostacolano il coalito per prima. Anzi allorquando la ferita non è zaffata, l'orina, che filtra liberamente in mezzo ai tessuti, induce necrosi e ritarda notevolmente la guarigione.

Si poteva inoltre temere che le conseguenze della sclerosi del tessuto connettivo neoformato involgente il rene, ne ostacolassero le variazioni di pressione e la funzione, ma non ebbi inconvenieti di questo genere in un' operata bilateralmente nella stessa seduta e neanche in un operato, nel quale un mese dopo la nefropessia sinistra, feci a destra la nefrectomia 6 mesi dopo d'aver eseguito sullo stesse rene la nefrotomia per calcolosi.

In diversi esperimenti sui cani ho nella stessa seduta estirpato un rene e fissato, dopo decapsulato, fra la pelle ed il piano muscolare l'altro, senza danni vicini e remoti. In altri esperimenti, nei quali si è fissato come sopra un rene lasciando in posto l'altro, si è potuto assodare, dopo aver sacrificato l'animale, che il rene decapsulato, aderiva intimamente ai tessuti vicini, che non pesava di meno del rene rimasto normalmente in posto e che presentava alla superficie una capsula fibrosa neoformata che non inviava prolungamenti nel parenchima renale e che si lasciava distaccare senza asportare parte della sostanza corticale del rene. Questi resultati dimostrano che questo processo di fissazione è efficace, che non resta alterato profondamente il rene e che per azione del tessuto cicatriziale, non solo esso non resta impicciolito, ma neanche ostacolata la sua funzione. Ritenendo, ad onta di tutto ciò che non possa il rene subire le oscillazioni fisiologiche di volume per azione del tessuto connettivo che dappertutto lo in-

volge, lo si può ancora far aderire alla sua loggia soltanto per il suo margine convesso e per la faccia posteriore, privandolo solo ivi della capsula.

Una buona nefropessia deve rispondere alle seguenti condizioni.

1.° dev'essere un'operazione innocua; 2.° deve assicurare una salda fissazione al rene nella sua posizione normale, tale da permettere il facile scolo delle orine; 3.° deve alterare il meno possibile il tessuto renale.

Per i resultati sperimentali, per le 13 guarigioni radicali conseguite sui 13 operati e per le considerazioni fatte, mi pare che l'esposto processo risponda alle volute condizioni e perciò mi sembra meritevole di essere preso in considerazione dai chirurghi.

La chirurgia del pancreas.

M. Michaux — (Parigi). Cita qualche fatto personale. In uno, in seguito a contusione addominale, vi fu rottura del pancreas. Egli intervenne due ore dopo e constatò una rottura completa e non potè fare sutura, ma mise una pinza e fece un tamponamento. Morto. Egli crede che le contusioni addominali con rottura del pancreas sono al disopra delle risorse chirurgiche.

In quanto ai tumori cistici, non bisogna fare operazioni considerevoli.

Il 1.° caso, estirpazione, fu laboriosissimo volendo essere totale, il malato morì cinque ore dopo.

Il secondo caso si presentò con dei fenomeni di stenosi pilorica con cachessia, tumore esteso fino alla milza, tumore cistico di due litri, liquido verdastro. L'enucleazione come tentativo fece dare su dei vasi voluminosi. Michaux mise delle pinze e drenò, egli sta bene presentemente.

Michaux credeva che fosse un cancro e dice che spesso è difficile di farsi una ragione delle alterazioni croniche, delle sclerosi, sulle quali è difficile pronunciarsi.

Gombault esaminò dei pancreas alterati e non volle pronunciarsi sulle lesioni. Quando si operano dei cancri si cade sspratutto su casi avanzati di cancro del pancreas. Michaux operò due malati, che vissero al massimo 12 giorni.

Diagnosi e cura dei tumori del pancreas.

Villar (Bordeaux). — *Diagnosi*. Non si pensa mai al pancreas: esempio caso di Blum, sezione totale e trasversale del pancreas, morte. 2.° caso, ospedale Saint-André di Bordeaux, cancro del pancreas.

In questi due casi, la laparotomia non fece scoprire la lesione, che non fu riconosciuta che all'autopsia.

Certi ascessi sotto-frenici non sarebbero talvolta di origine pancreatica. Certe morti improvvise, non ricordano l'apoplessia pancreatica?

Un segno che è bene ricordare, è stato segnalato da Griffon, è il dolore che va da sinistra a destra e nella fossa iliaca. La diagnosi è più accessibile, se vi ha tumore, essa ha dei caratteri particolari.

Esso s' insinua contro lo stomaco e la colonna, e determina: una zona di matità mediana, della sonorità all'alto stomacale, e in basso sonorità colica. In un caso difficile, Villar trovando della mattità dovunque diagnosticò cisti del fegato ed era nel vero. Vi sono dei casi difficili in cui la matità continua colla matità del fegato, bisogna ricordarsi allora i segni pancreatici. La diagnosi delle varietà di cisti è possibile se vi ha traumatismo, occlusione intestinale, peritoniti per accessi, si penserà alla cisti ematica, ecc.

La sede del tumore, in qualche caso fu potuto riconoscere.

I tumori benigni, cinque o sei casi; la diagnosi è possibile in qualche caso; lo stesso succede per il cancro.

Riassumendo, la diagnosi è possibile a stabilirsi, ma è difficile.

Cura: *Le cisti:* 1.° *L'estirpazione*, se si dà su un tumore peduncolato, è rara: d'ordinario aderenze forti e vasi impediscono questa estirpazione che diventa pericolosa; 2.° *Marsupializzazione* ha dato dei buoni risultati e scarta i suffragi.

I tumori solidi: 1.° Tumori benigni, estirpazione, caso di Biondi; 2.° Tumori maligni; mercè gli sperimentatori e operatori, si osò attaccarli; si possono togliere quelli della coda o di una parte del corpo se non si può levare quelli della testa.

In quanto alle operazioni palliative, sono meno interessanti, poichè i casi sono cattivissimi e non hanno che poche speranze di successo, così l'autore non vi insiste.

Su di un caso operato di cisti ematica del pancreas.

M. V. Soubbotitch (di Belgrado). — Analisi anatomo-patologica e istologica d'un caso di cisti multiple del pancreas con emorragia in una d'esse. Si è potuto constatare che in seguito a un traumastisma si è sviluppata una pancreatite cronica con induramento, ristringimento e obliterazione dei canali escretori e formazione di cisti, di cui uno in seguito a emorragia ha raggiunto il volume d'una testa di fanciullo.

Della colecistectomia sotto il punto di vista dei risultati immediati e lontani.

M. P. Michaux (Parigi). — Su un totale di 50 operazioni sulle vie biliari 32 volte l'autore ha praticato l'estirpazione della vescicola, non si tratta che di vescicole spesse retratte contenenti dei calcoli poco numerosi, ma non delle vescicole infettate.

In questi casi, sarebbe l'operazione di scelta per Michaux, 28 guarigioni e 4 morti. Dei due primi decessi, una vecchia donna di 58 anni in mediocri condizioni al 2.° caso, l'autore richiuse il ventre, nel 3.° caso, l'infezione gastrica uccise il malato con dei vomiti; 4.° caso coledocotomia con colecistectomia.

Michaux praticò sei operazioni doppie: coledoctotomia e colecistectomia. Tre volte dei riflessi cardiaci si produssero nelle 24 ore; cessarono con degli scoli biliari, e pertanto vi era una legatura del canale cistico. Lo scolo biliare, appena marcato durò da 8 a 15 giorni, si sarebbe prolungato talvolta 15 giorni, un mese e anche tre mesi e mezzo. Di dove proviene questo scolo? Verrebbe dalla faccia inferiore del fegato e del *vas aberrans*.

Michaux non potè sapere esattamente di dove veniva lo scolo malgrado le ricerche.

Egli vide uscire due o tre volte dei piccoli calcoli nei giorni che seguirono l'operazione, e credette che fossero rimasti nelle vicinanze.

Egli osservò dei fenomeni dolorosi all'altezza del peduncolo senza dubbio dovuti alle aderenze; malgrado ciò ebbe sempre un grande miglioramento nello stato generale dei suoi malati.

Riassumendo: buoni risultati nell'annata e più tardi, la colicistectomia darebbe dei migliori risultati della colecistostomia la quale lascia fistole persistenti anche in capo ad un anno. Per M. Michaux, è l'operazione preferita nei casi limitati che ha indicato in principio.

Litiasi biliare a forma d'appendicite, colecistotomia trans epatica.

M. Henry Beynès (Marsiglia). — Una donna di 60 anni presentava tutti i sintomi d'una appendicite a ricadute: plastrone iliaco, punto di Mac Burney, dolori iliaci. La operai con l'incisione di Roux, ma diedi su di una massa infiammatoria estesa dal *ceco* al bordo inferiore del fegato e la vescicola erano costrutte

fra inestricabili aderenze, appendice sana. Pensando ad una colecistite calcolosa cronica, fece risalire l'incisione in alto, e dopo aver dato sulla faccia convessa del fegato nella direzione della vescicola, un colpo di trequarti che s'arrestò in una massa di sabbia, aprii il fegato sul trequarti e feci così una colecistotomia transepatica che permise il nettamento della vescicola e il suo drenaggio in condizioni perfette.

Terrier, nel 1895, ha pubblicato un fatto analogo di litiasi biliare simulante un'appendicite, l'operazione cominciata per un'appendicite finì per colecistitomia

Cura chirurgica delle cisti idatiche del fegato.

M. le prof. Thomas Jonnesco (Bucarest). — Attualmente si praticano quattro ordini di operazioni nelle cisti idatiche del fegato: 1.º La puntura seguita o no da iniezioni nelle cisti parassicide; 2.º la marsupializzazione; 3.º l'incisione seguita dal vuotamento e la sutura della cisti; 4.º l'enucleazione e l'estirpazione della cisti.

Questa ultima operazione ideale è così raramente applicabile che non ci si può contare sopra che come intervento eccezionale. La puntura è da abbandonare, come incerta e anche pericolosa.

La marsupializzazione, vista la durata del trattamento, resta un'operazione di necessità applicabile alle cisti suppurate e a quelle di cui l'avventizia calcificata non permette più la ritrazione della sacca. L'operazione preferita consiste nell'incisione della cisti, che si vuota del suo contenuto; liquido, vescichette figlie e membrane germinative; sutura e abbandono della tasca senza drenaggio, nè capitonaggio, nè fissazione della cisti alla parete addominale. Ho operato sei casi di tutte le dimensioni, della grandezza di un pugno fino a quella di 20 o 30 cm. di diametro, sempre con successo. Lo spargimento di bile nella cisti non è una contro-indicazione; ho guarito un caso di questo genere. Sopra una delle mie operate, ho potuto, al momento di una seconda intervenzione, per una seconda cisti, constatare due anni dopo il risultato della prima operazione; la sacca era completamente scomparsa e in sua vece non restava che una cicatrice dura accollata alla faccia inferiore del fegato.

Contributo alla terapeutica chirurgica dell'ascesso del fegato.

M. Giordano (Venezia), — Non è solamente una malattia dei paesi caldi, è una intossicazione che si manifesta negli alcoolizzati.

Un nutrimento putrescibile può anche favorirne lo scoppio Dal 1894, il Dottore Giordano ha operato a Venezia, 72 ascessi, il più sovente in adulti fra i 30 e 50 anni.

Il 58,4 % di questi malati avevano del pus sterile, il 20,70 % del pus con delle forme ameboidi, e il 9,6 % solamente diedero pel pus che coltivava il baterio coli e dei micrococchi piogeni. L'età degli ascessi non lo rende sterile. La puntura esplorativa non ha un gran valore, mentre che la laparatomia a margine costale merita ogni fiducia e promette di scovare col dito i focolari di epatite supurrata che in principio non sono fluttuanti, ma simulano un tumore nascosto nell'organo. Si protegge il peritoneo col mezzo di una lista di benda al centro della quale si fa scoppiare e si scioglie col dito stesso l'ascesso la cui cavità è in seguito riempita di cotone idrofilo. Dei 72 malati così operati 42 guarirono, 30 sono morti, da cui una mortalità del 41,6 %.

Cura degli ascessi del fegato. Pericolo del metodo di Little.

M. Hache. — Diciannove osservazioni personali; in diciotto ha impiegato l'incisione libera. M. Hache espone i pericoli di questo metodo che gli ha fatto perdere due dei suoi operati per peritonite. Le aderenze sono eccezionali quando

si opera presto, la sterilità del pus epatico è lungi dall'essere costante, e del resto dal pus trovato sterile nelle esperienze *in vitro* ha potuto determinare degli accidenti sugli animali o sul malato stesso. Il miglior modo di evitare la peritonite sembra sia la larga incisione della parete addominale e la sutura del fegato a questa parete, sia subito, sia dopo lo scoppio della sacca epatica per puntura.

Hache consiglia di scegliere prima di tutto per l'incisione la via che conduce più direttamente sull'ascesso, quando un ascesso voluminosissimo lascia la scelta fra l'incisione intercostale o l'epigastrica, è questa ultima che gli sembra preferibile. Egli proibisce le punture esploratorie indispensabili alla precisione della diagnosi e potendo rappresentare una parte terapeutica nella congestione epatica.

Non bisogna aver paura di ripeterle ed esse devono precedere l'incisione della parete addominale di cui esse servono a determinare il posto. L'incisione del fegato, non deve esser fatta che su un trequarti che sia penetrato nella sacca e che serva di conduttore, poichè un ascesso, anche voluminoso, può essere difficilissimo a trovarsi nel mezzo del tessuto epatico in cui nulla vi guida.

Nuovo procedimento di sutura incavigliata nella resezione del fegato a tutto spessore.

M. Jean Baptiste Sègale. — Rileva un numero eccessivo di insuccessi, dovuti la maggior parte all'emorragia primitiva o secondaria. L'autore crede che tali insuccessi devono dipendere forse da un' imperfetta tecnica operatoria, ma specialmente da un'insufficienza di mezzi emostatici in uso ora, essendo data la speciale struttura anatomica del viscere eminentemente vascolarizzato e friabile.

Per queste considerazioni, l'autore credo che le qualità necessarie per una sutura emostatica sicura ed efficace nelle resezioni del fegato sono di evitare la presa diretta dei punti sul tessuto epatico, e di assicurare una pressione graduale e costante.

L'autore compone la caviglia con dei piccoli rotoli d'ebanite o d'avorio incastrantesi dalle estremità, bucati al centro e infilati su dei fili di catgut, in maniera da formare un tutto unito.

Al limite del lobo del fegato che si deve esportare e lungo una linea trasversale si fa passare una serie di anse di filo elastico di una resistenza sufficiente, di modo che le anse risaltino sulla faccia anteriore del fegato. Una delle caviglie è passata in queste anse ed è tenuta fissa dalle stesse; l'altra caviglia è posta alla faccia superiore fra le due estremità libere del filo; queste qui sono allora messe in sufficiente tensione e fissate con dei nodi di catgut.

Provvisto così all'emostasi, l'autore procede alla demolizione del pezzo che si deve esportare, avendo cura di dirigere le due incisioni, in modo da avere una soluzione di continuità a sezione triangolare con la sommità rivolta verso il moncone centrale.

In tal modo l'unione dei lembi liberi con una sutura di sopragitto è possibile. L'apparecechio così disposto provvede all'emostasi preventiva e la pressione graduata per effetto della tensione elastica dei fili premunisce dalle emorragie secondarie. I nodi si rammolliscono e si assorbono; una volta compiuta la loro funzione si può dire lo stesso dei fili di catgut che tengono riuniti i pezzi che formano la caviglia; l'apparecchio si scompone così in piccoli pezzetti assolutamente incapsulabili.

Splenectomia.

M. Thomas Jonnesco (di Bucarest). — Dal 1896, ho praticato 32 splenectomie di cui 28 per splenomegalia palustre, 3 per splenomegalia leucemica e 1 per cisti idatica della milza. Queste operazioni mi conducono alle seguenti conclusioni.

La splenectomia è contro-indicata nell'ipertrofia leucemica della milza, allora anche quando lo stato generale e locale sembrano soddisfacenti. I miei tre operati sono morti senza altra complicazione del loro stato leucemico.

La splenectomia è l'operazione a preferirsi nelle cisti idatiche della milza.

Nella splenomegalia palustre (28 operati, 8 morti), l'estirpazione della milza è sempre indicata, ma osservando le contro-indicazioni che risultano: 1.° dallo stato del fegato la cirrosi atrofica sopratutto; 2.° dalle aderenze parietali troppo estese; l'ascite troppo pronunciata; 3.° la pleuresia; 4.° lo stato generale troppo cattivo accompagnantesi con lesioni viscerali, epatiche o renali.

L'ipertrofia leggera del fegato l'ascite mediocremente sviluppata, la cachessia palustre anche pronunciatissima, l'età dell'operato, il volume della milza non costituiscono delle controindicazioni, nè una leggera leucocitosi. La splenectomia, in questo caso, deve essere praticata al più presto possibile, una volta che la cura medica è dichiarata impotente. L'operazione è altrettanto più facile e benigna quanto più la milza è mobile o movibile; la milza fissa, anche non aderente rende l'emostasi difficile, ma sempre possibile.

Le complicazioni post-operatorie più frequenti sono la congestione polmonare potendo andare fino alla pneumonia; la pericardite, la pleuresia, l'emorragia locale secondaria, la peritonite.

Quest'ultima può essere evitata non impiegando per la sutura di peduncoli che il catgut fine, bastando per assicurare l'emostasi, sopratutto se ciascun peduncolo è legato in piani, 2 a 3; in tal modo ho potuto, nella mia ultima serie di operazioni, evitare questa complicazione. Dopo ogni splenectomia apiretica, si osserva una ipotossicità urinaria, durabile anche tre o quattro anni.

L'effetto terapeutico dell'estirpazione della milza nell'infezione palustre è eccellente: gli accessi febbrili spariscono, lo stato generale migliora rapidamente e profondamente; la cachessia palustre è bandita e l'ascite quando ha esistito, è definitivamente guarita. Quattro operati riveduti dopo, 4,3 $^1/_2$, 3 e 2 anni erano completamente trasformati. Il numero dei globuli rossi aumenta rapidamente da 2 a 3 milioni a 5 e 6 milioni; quello dei globuli bianchi dopo un aumento passeggero ritorna alle proporzioni normali, anche se esistesse una leggera leucocitosi pre-operatoria. All'infuori di ogni disturbo locale, la splenectomia deve essere proposta come cura del paludinismo, tutte le volte che la milza è sensibilmente aumentata di volume, che essa non ceda alla cura medica e che l'infezione palustre continui a manifestarsi malgrado la cura medica, e ciò per evitare le lesioni gravi del fegato, la cachessia palustre e la produzione di aderenze troppo estese.

La splenectomia nella splenomegalia malarica. 16 osservazioni.

M. Michaïlowsky (Sofia). — Dal 10 agosto ad oggi, ho praticato 16 volte la splenectomia, 15 volte per delle splenomegalie malariche, una volta per una cisti ematica (post traumatica).

Basandomi su questi casi e su quelli di M. Jonnesco, che oltrepassano, credo, la trentina, voglio stabilire la benignità relativa della splenectomia, i suoi risultati eccellenti, la scomparsa dei sintomi di cachessia dopo l'operazione.

Fino ad ora la cura medica è nulla, o applicabile solamente ad un numero ristretto d'individui favoriti dalla fortuna.

Oggi la clinica ci ha dato delle prove abbastanza convincenti per autorizzarci a dire che la splenectomia è un'operazione benigna e dà secondo il punto di vista della salute generale dei resultati eccellenti.

Aggiungerò a quelle di Jonnesco qualche breve osservazione.

Per ciò che concerne l'incisione addominale non credo che dobbiamo dare sempre la preferenza all'incisione mediana. Stimo che si debba guidarsi sulla modalità della milza che può essere: aderente, fissa, mobile o ectopica.

Se un'emorragia sopraggiunge nel corso dell'operazione, io prendo colla mano sinistra i vasi splenici, compresa la coda del pancreas, e prego il mio aiuto di applicare le legature sul peduncolo.

Sui grossi peduncoli, per precauzione, metto delle legature ad 1 cent. di distanza e lego in seguito i vasi a parte.

Chiudo la ferita addominale con tre piani di sutura e sempre con seta. I seguiti operatori sono semplici, d'ordinario.

Come complicazioni post-operatorie ho osservato un aumento di temperatura immediatamente dopo l'operazione dovuta una volta ad una pleuro-polmonite.

Al riguardo delle indicazioni operatorie di Jonnesco, aggiungerò che la gravidanza coesistente non è una controindicazione alla splenectomia. Ho avuto una malata che al quinto mese di gravidanza, minacciava d'abortire. Questa donna ha sopportato benissimo la splenectomia, senza disturbo nella gravidanza.

Non vorrei finire senza dirvi che ho riveduto qualcuno dei miei malati un anno, e più, dopo l'operazione; essi erano trasformati al punto che non potevo più riconoscerli; il volume delle milze che ho tolte è stato da 1800 a 4000 grammi.

Sui miei 16 splenectomizzati non ho che un morto per pleuro-pneumonia (sinistra). La nostra mortalità del 6,02 per 100 è dunque eminentemente riducibile, poichè la morte del mio malato non è da imputarsi all'operazione. La splenectomia mi pare adunque l'operazione da preferirsi nella cura della splenomegalia malarica.

Il cancro della guancia.

M. H. Morestin (Parigi). — I cancri boccali sono relativamente frequenti. Essi hanno dei posti di elezione, tra i quali i più abituali sono le labbra, la lingua, il pavimento della bocca. È rarissimo al contrario, di vederli sviluppare sulla mucosa palatina o il velo del palato. La guancia tiene la via di mezzo a questo riguardo.

Non sarà quistione che del cancro che comincia dalla faccia interna mucosa, della guancia, che differisce notevolmente dalle altre varietà dei neoplasmi maligni suscettibili a svilupparsi in questa regione.

Su dodici malati, vi era una sola donna; la maggior parte fumavano, tutti questi malati avevano dei denti orribili.

La maggior parte di questi malati sono stati esaminati in un periodo talmente avanzato che era impossibile il sapere se vi erano state o no delle placche leucoplasiche sulla gota malata.

Così nella maggior parte dei casi, la lesione comincia col cul di sacco gengivo-geniano, invade presto la gengiva, il periosto, la gota, la cui perforazione si stabilisce tosto o tardi, ma rispetta la parte superiore della gota e la mucosa del pavimento boccale.

In due dei nostri malati la lesione aveva debuttato all'altezza della linea che risponde alla riunione delle due arcate dentarie, e si era di là sviluppato in tutti i sensi.

La maggior parte dei neoplasmi presentano al loro inizio questa indolenza quasi funesta, il cancro della gota presenta questo carattere per lungo tempo, talvolta anche tutta la durata dell'evoluzione sua.

I fenomeni infiammatorî sono difatti comuni al corso del cancro della guancia. Il più sovente si tratta di ascessi sviluppati in vicinanza immediata del neoplasma. Che gli ascessi si aprano spontaneamente o siano incisi, queste aperture non si richiudono. Le gemme neoplasiche le invadono. La perforazione della gota è un indizio grave. Manca il principio del declinare e la cachessia prossima.

Questa indolenza cessa, momentaneamente, quando sopraggiungono delle
La faccia separata o no dal cranio, tende a dividersi in frammenti, e questi

complicazioni infiammatorie. I segni funzionali sono anche ben meno accusati che negli altri cancri della bocca. Così l'elocuzione, senza essere facile, è possibile, lo stesso la deglutizione, il pavimento boccale avendo ritenuto la sua elasticità. Un altro punto rimarchevole è la possibilità pcr il malato di conservare il facile movimento delle mascelle.

Quando le parti molli sono tumefatte, che la gota infiltrata è diventata rigida, si constata che la bocca ha una certa tendenza a deviare dalla parte opposta, sopratutto quando il malato parla. Un numero assai grande di filetti del faciale essendo allora inglobati nella massa, si può domandare se si tratta di una paralisi di questi filetti o anche della loro distruzione.

Il canale di Stenon viene ad aprirsi nel mezzo della vegetazione cancerosa, o vicinissimo all'ulcerazione. È un fatto rimarchevole che non si producono punto in tali condizioni delle infezioni ascendenti del condotto escretore e della parotide.

Ciò lo si deve senza dubbio alla circolazione salivare che spazza e pulisce questo canale.

Il prognostico del cancro della gota è sempre gravissimo. La sua evoluzione si fa in qualche mese e presto sfugge alla medicina operatoria utile.

Secondo la tecnica consigliata qualche anno fa da Piéchaud, non si può sacrificare nulla dei tegumenti, ma dopo averli traversati per estirpare il neoplasma, suturarli. Due miei malati rispondevano a questo tipo, sono guariti per l'intervenzione, ma non furono potuti ritrovare.

Non metto fuor di quistione che siano morti. Uno degli inconvenienti immediati di quest'operazione è la ritrazione.

In generale si sarà portati a togliere in blocco, mascellare, tumore geniano e massa ganglionare sotto mascellare.

Si potrebbe eventualmente porre un apparecchio protetico temporaneo secondo Martin (di Lione). Non l'ho fatto in questi casi.

Sui dodici malati che ho osservato, dieci presentavano presso a poco la forma anatomo-patologica che mi ha servito di tipo. Ne ho operato cinque, gli altri essendo veramente inoperabili. Di questi cinque uno è morto il giorno stesso. I quattro altri hanno sopportato benissimo l'operazione, uno di essi è stato perduto di vista, i tre altri hanno recidivato e hanno soccombuto da tre a otto mesi dopo l'operazione.

La mia conclusione non è però che bisogna astenersi. Questi malati hanno sopravvissuto poco e il beneficio è stato mediocre.

Fratture sperimentali delle ossa della faccia (eccettuato il mascellare inferiore).

M. René Le Fort (Lille) ha fatto uno studio sperimentale delle fratture della mascella superiore. Queste fratture sono spesso estesissime e non mostrano alcun segno esterno.

Gli spostamenti ossei e la mobilità sono relativamente rari.

Le apofisi pterigoidi e le masse laterali dell'etmoide, intimamente congiunte alla faccia, fanno parte topograficamente della mascella superiore e si rompono ordinariamente con lei, la base del cranio propriamente detta presenta, al contrario, una indipendenza grandissima, le lesioni della faccia non si propagano al cranio.

I traumatismi della faccia tendono a separare la faccia del cranio con una grande fessura completa, passando trasversalmente dalla radice del naso al foro occipitale. Quelli che dànno esclusivamente sulla parte media della faccia, sia dall'avanti all'indietro, o dall'alto in basso sul bordo auricolare o anche sotto il mento, lasciano intatti gli ossi malari che restano aderenti al cranio, ed è solamente la parte media della faccia che cede.

frammenti presentano dei caratteri abbastanza costanti, qualunque sia il meccanismo della frattura.

Il più frequentemente ottenuto corrisponde alla grande frattura trasversale di Guérin. Comprende la vôlta palatina, il bordo alveolare e le apofisi pterigoidi. È talvolta diviso in due da una fessura antero-posteriore che passa il più sovente a qualche distanza dalla linea mediana.

L'osso malare forma spessissimo un secondo frammento. L'osso è generalmente intatto o presso a poco e ha trascinato con lui la sommità dell'apofisi piramidale del mascellare o più raramente tutta l'apofisi.

La diramazione montante dal mascellare superiore, con una parte dell'unguis e talvolta delle ossa del naso forma un terzo frammento.

Delle scheggiuole della parete anteriore del seno mascellare, delle masse laterali dell'etmoide, della parte inferiore delle ossa del naso, ecc. uniscono fra loro i frammenti precedenti e completano il massiccio osseo della mascella superiore.

Nuovo procedimento di resezione del mascellare superiore.

M. Severeaunu (Bucarest). — L'A. combina l'incisione verticale di Maisonneuve con l'incisione di Diefenbach. Il suo procedimento pare che presenti i vantaggi seguenti: Il campo operatorio è sufficientemente esteso, la cicatrice è ben nascosta e quasi invisibile. L'impiego della sega per la sezione dell'osso accorcia il tempo necessario all'operazione; l'impiego di pinza a lunghe branche presenta così un vantaggio non trascurabile, quello di separare in una volta la porzione orizzontale del mascellare, su tutta la sua lunghezza.

Se è vero che la sezione del nervo sub-orbitario produce un'anestesia della faccia corrispondente, ciò non presenta inconvenienti gravi; nulladimeno, tutte le volte che ci è stato possibile di farlo, noi abbiamo risparmiato il nervo sotto-orbitario; in certi casi, nulla si oppone alla sutura del nervo, noi non abbiamo mai osservato nessun disturbo nello scolo delle lagrime nel nostro procedimento. Noi abbiamo fatto le prime operazioni su malati non anestetizzati, seduti su una sedia; più tardi abbiamo fatto prima la tracheotomia preventiva, seguendo il processo di Trendelemburg.

Talvolta abbiamo messo il paziente colla testa in basso, come l'ha indicato Rose, e, infine, sovente siamo stati obbligati di fare il tamponamento degli orifizî nasali posteriori e anche della faringe e della laringe, dopo aver prima fatto la tracheotomia preventiva.

Sulla patogenia dei tumori misti para-boccali.

M. M. Cunéo c Veau. — Per Cunéo e Veau, le teorie: l'una glandulare (francese), l'altra connettivale (tedesca) sono incomplete per comprendere la patogenia dei tumori, così devono essere abbandonate. Dall'esame di embrioni su 2 e 3 archi branchiali, delle inclusioni di questi archi, credono che questi tumori sono misti nè puramente connettivali, nè puramente epiteliali. Si trova del mixoma, della cartilagine. Essi si riferiscono a tredici tumori misti para-buccali e a sette tumori cervicali che assimilano ai precedenti.

Tumore salivare parotideo.

M. H. Morestin (Parigi). — Credo che si possa designare così, in mancanza di termine più preciso l'affezione rarissima che osservai. Il mio malato aveva un'ectasia localizzata di una porzione delle vie salivari parotidee. Non era una cisti, poichè le cisti sono chiuse. Il suo contenuto rifluiva nella bocca sotto la minima pressione. Non era nemmeno una di quelle dilatazioni legate all'infiam-

mazione cronica, o trattenute da qualche ostacolo, come se ne può trovare su tutti i condotti escretori. Il canale escretore era sano, o quasi, completamente permeabile e non conteneva corpi estranei. D'altra parte la sacca per lungo tempo era stata piena di un liquido puramente salivare.

Alla lunga si era infettata secondariamente; e questa complicazione era inevitabile.

Feci, utilizzando, l'antica cicatrice, un'incisione di 4 o 5 cent. dietro l'angolo della mascella. Dissecata la pelle, aprii la loggia parotidea e incisi il tessuto parotideo. Incontrai due filetti del faciale che furono dissecati e reclinati in avanti e in alto. Traversai un centimetro del tessuto parotideo prima di toccare la sacca. Non fu facile; una volta l'aponevrosi incisa, non ritrovai più lo zampillo del tumore che si era in parte vuotato nella bocca, nessun punto di ritrovo, tutto era molle, vago, e il sangue scaturiva dovunque. Aperta la sacca, tentai di separarla dal tessuto parotideo, ma bisognò rinunciarvi rapidamente, la parete di un'estrema sottigliezza non era isolabile, e si strappava sotto la minima trazione, non vi era parete nel senso chirurgico della parola. Mi posi dunque a pulire energicamente la cavità e a spargerne a più riprese tutta la superficie con del cloruro di zinco al decimo e a tamponarla con della garza sterilizzata. Questo intervento, teoricamente semplice, fu invece un'operazione delicatissima.

I risultati furono buoni; una cosa mi diede speranza, cioè la saliva colava quasi interamente nel canale di Stenon ed appena le fascie erano umettate.

Verso la fine di marzo le cose erano ancora nel medesimo stato, ciascun giorno colava qualche goccia di saliva, e la piaga non arrivava a chiudersi completamente. Lo stato generale si era trasformato.

Desioso di guarirlo del tutto, mi servii di cloruro di zinco fuso nella metà del suo peso di acqua. La guarigione era completa alla metà di aprile e perfetta.

Trapanazione per i traumatismi antichi della regione cranica.

M. Péraire (Parigi). — Legge un lavoro sulla trapanazione del cranio applicata ai traumatismi antichi della regione cranica, Cita due casi interessanti; nel primo si trattava d'un traumatismo prodotto sette anni prima. Il malato presentava dei disturbi encefalici gravi. La trapanazione fece scoprire un ascesso del cervello.

Dopo l'evacuazione e il drenaggio dell'ascesso, la guarigione s'effettua rapidamente. Nel secondo caso, il chirurgo si trovava in presenza a fenomeni cerebrali determinati da una palla di revolver intra-cranica. La radiografia mostrò il punto in cui si trovava la palla. Fu estratta coll'operazione del trapano. Tosto gli accidenti presentati dal malato sparirono. Il corpo estraneo aveva potuto restare 12 anni al posto senza che il malato ne soffrisse.

La craniectomia temporaria negli ascessi del cervello

D. G. Nanu. — Chirurgo capo dell'ospedale Filantropia a Bucarest. Un uomo di 36 anni, aveva da 12 anni una otorrea purulenta a destra. Negli ultimi tempi la secrezione diminuì, divenne fetida e si accompagnò con cefalalgia viva. Dopo otto giorni, mi fu mandato all'ospedale con dei fenomeni cerebrali gravi ed emiplegia totale a sinistra e perdita di conoscenza.

Feci subito l'antreotomia; ma, non avendo trovato del pus, ho abbandonato la via mastoide per fare nella stessa seduta una craniectomia temporaria. Ho scoperta la dura madre dell'emisfero destro per una gran estensione. Le meningi erano normali. Ho fatto una puntura del cervello con un grosso ago di Pravaz, a livello della regione psico-motrice; il risultato essendo stato negativo, ne ho fatta un'altra più basso, a livello del lobo temporale; là ho trovato del pus

fetidissimo. Ho allora inciso le meningi e un debole spessore di sostanza cerebrale e avendo trovato una raccolta purulenta abbastanza grande, l'ho evacuata, irrigata e drenata. Ho rimesso in seguito il lembo a posto e l'ho suturato per tutta la sua lunghezza con dei crini di Firenze, lasciando solamente una piccola apertura all'angolo posteriore della piaga per il tubo da drenaggio.

Una mezz'ora dopo l'operazione, dei movimenti si fecero vedere nelle parti paralizzate; l'indomani il coma e l'emiplegia erano scomparsi del tutto. Il malato è attualmente in perfetto stato di guarigione ed ha ripreso il suo mestiere di macellaio.

Fino ad ora, la craniectomia temporaria, non fu da lui praticata che in un solo caso di ascesso cerebrale. Essa permette l'esplorazione su una grande estensione e mette al riparo d'inoculazioni settiche del cervello e d'altri accidenti operatori.

Ventiquattro resezioni intracraniche del trigemino e loro risultati.

M. le prof. Fedor Krause (Berlino). — La resezione estracranica delle branche del trigemino non è sicura del suo successo; perciò quando sembra indicato di aprire il cranio, l'estirpazione del ganglio di Gasser e del tronco del trigemino deve esser fatta. Krause ha eseguita questa operazione 24 volte in malati dell'età da 30 a 72 anni e ha impiegato sempre il metodo temporale, che ha creato nel 1892.

Una donna di 58 anni estremamente sfinita morì di collasso, un uomo di 72 anni morì il sesto giorno dopo l'operazione di sclerosi delle arterie coronarie e per insufficienza di cuore, mentre che la ferita era chiusa di prima intenzione e senza febbre.

Di quelli che sono operati i primi, vivono ancora una donna di 75 anni e un uomo di 62, operati da 7 anni e mezzo, una donna di 77 anni e una di 53 operati da 6 anni, una donna di 42 anni operata da 5, e una donna di 50 anni operata da 4 e mezzo. Tutti questi malati sono rimasti senza dolori fino adesso.

I successi dell'operazione malgrado il pericolo che c'è sono così grandi che manterrà il posto raggiunto: poichè questi casi più gravi di nevralgia sono spessissimo accompagnati da tentativi di suicidio a causa delle sofferenze terribili.

La resezione del simpatico cervicale.

M. Ionnesco (Bucarest). — Dà la sua statistica di 126 resezioni del simpatico cervicale, di cui 77 epilettici, 16 gozzi esoftalmici, 12 glaucomi, 1 caso di vertigine dovuto all'anemia cerebrale e 1 caso di emicrania essenziale. L'autore ha modificato la tecnica operatoria di maniera da poter resecare tutta la catena cervicale e anche il primo ganglio toracico (4 ultimi casi) conservando intatto il plesso cervicale superficiale e il nervo faciale. La simpatectomia totale come quella parziale può essere praticata senza inconvenienti e nella medesima seduta. I risultati terapeutici sono: 1.° nell'epilessia, nel 1896, ho operato 13 casi, cinque sono morti dopo, 3 guarigioni assolute, 1 miglioramento e 4 insuccessi. Nel 1897, 17 operati, 6 guarigioni, 2 miglioramenti, 5 insuccessi e 4 risultati sconosciuti. Nel 1899, 27 operati, 2 miglioramenti, 1 insuccesso e 24 sconosciuti. Nel 1900, 21 operati, 1 guarigione, 2 miglioramenti, 1 insuccesso, 17 risultati sconosciuti. Lasciando da parte i malati operati nel 99 e 900 posso annoverare 12 guarigioni durature da quattro anni, tre anni, due anni sulle 49 operazioni praticate dal 1896 al 1898 e 4 miglioramenti duraturi.

Nella malattia di Basedow, su 15 operati di cui 3 nel 1896, 2 nel 97, 5 nel 98, 2 nel 99 e 3 nel 900. Sui due primi, l'autore ha praticato la simpatectomia cervicale totale, e nell'ultimo operato la simpatectomia cervico-toracica togliendo così il primo ganglio toracico. Sei operati sono completamente guariti da 4 anni, tre e due anni tutti colpiti da Basedowismo vero primitivo, 4 migliora-

menti duraturi, tutti di basedovismi secondarî e frusti e dei casi recenti operati da un anno o qualche mese, in cui i risultati immediati sono eccellenti, ma nei quali non si può parlare di risultati definitivi.

I due risultati di emicrania sono troppo recenti, i risultati immediati sono buoni. I risultati nel glaucoma sono delle guarigioni e dei miglioramenti (vedere sezione d'oftalmologia).

Resezione del simpatico cervicale.

M. Chipault (Parigi). — L'autore ha fatto 40 operazioni, 22 o 23 casi per epilessia, 3 casi reali di guarigione che si mantengono da parecchi anni, gli altri incerti. Egli operò 2 malattie di Basedow ed ebbe 2 casi buoni, 5 a 6 casi di glaucoma con insuccesso.

Infine, praticò la simpatectomia con due indicazioni nuove, 3 per nevralgie facciali, il dolore è scomparso dopo 3 o 4 mesi che fu fatta l'operazione, in una volta per torcicollo spasmodico, il risultato è perfetto fin qui. La resezione intracranica seguendo il metodo di Krause, è stata praticata due volte con successo dall'autore ma egli considera che questa operazione è gravissima, e deve essere ristretta nelle sue indicazioni.

Un caso di legatura del tronco innominato seguito da guarigione.

M. Albert (Messico). — Qual condotta deve tenere il chirurgo in tale occorrenza? Due casi sono a considerare; o la ferita è larga, facilmente esplorabile, e il chirurgo può tentare la ricerca delle estremità del vaso sezionato, per praticarne immediatamente la legatura; oppure è piccola, la perdita del sangue già considerevole non è momentaneamente sospesa neppure da un tamponamento energico. Credo, per conto mio, che in questo caso, che è quello della mia osservazione, che bisogna cominciare per legare il tronco innominato, se la ferita ha sede a destra, la carotide il più vicino possibile dell'aorta se la ferita è a sinistra; poi bisogna andare alla ricerca del moncone superiore; l'emorragia non venendo più che da una parte, sarà facile il combatterla. In quanto al tumore pulsatile di cui si parlò, esso corrisponde certamente ad una dilatazione conica della parte del vaso situato al disotto della legatura. Mi propongo di rimediare agli inconvenienti che potrebbero risultare dal suo sviluppo con delle iniezioni di gelatina.

Infine bisogna anche riconoscere se le iniezioni massime del siero artificiale sono più indicate oggi della trasfusione: quest'ultima operazione ha certamente reso un servizio al mio ferito. Si obietterà evidentemente la flebite, ma questa è stata relativamente benigna e non sembra avere ritardato la guarigione definitiva. Non dirò nulla del manuale operatorio per praticare la legatura del tronco innominato, la tecnica di Farabоeuf mi sembra perfetta, non vedo perchè non vi si porterebbe qualche cangiamento.

Risulta dunque da tutto ciò che precede che l'osservazione che vi porto costituisce il primo caso di legatura del tronco innominato tentato subito sul vivente per ferita della carotide primitiva e seguito da una vera guarigione; è perciò che mi sono creduto autorizzato ad intrattenermi così lungamente.

Segnalerò anche come memoria due altri casi di legatura felice della carotide primitiva per ferite. Devo il primo di questi casi al Dott. Coray, del Messico; esso rimonta a 2 anni e mezzo; l'altro mi è personale e rimonta a 2 anni. I malati che furono oggetto di queste legature stanno bene.

Statistica terapeutica di 147 fratture vertebrali.

M. Chipault (Parigi). — Ho curato fin qui 147 fratture vertebrali.

1.° Nella frattura immediata, 34 casi. Mi sono astenuto da ogni terapeutica tranne che il materasso d'acqua, ecc. in 20 casi, sia a causa dello stato di shock,

sia a causa della insignificanza dello spostamento osseo concordante con degli accidenti di gravità variabile. In 2 casi, vi era egualmente uno spostamento osseo insignificante, ma i sintomi avevano messo qualche ora a svilupparsi; delle laminectomie mi hanno permesso di osservare una emorragia peridurale e perimedullare. In 10 casi, uno spostamento osseo marcato s'accompagnava con sintomi medullari ordinariamente gravi; ho praticato la riduzione in 5 casi, di cui 3 con apparecchio ingessato e con legature apofisarie; la laminectomia in 5 casi; con resezione della estremità ossea intrarachidiana; 2 con riduzione e legature laminari sempre con apertura della dura madre e constatazione diretta dello stato del midollo e delle radici suturate una volta. In due casi la frattura sembrava limitata agli archi: laminectomia.

2.° Nella frattura recente, 57 casi.

In 20 casi, delle complicazioni gravi: mielite ascendente, pneumonia, pielonefrite, stato infetto hanno comandato l'astensione.

In 10 casi delle complicazioni meno minaccianti sono state l'oggetto di misure palliative; 7 cauterizzazioni profonde di escare, 4 drenaggi vescicali per l' uretra 2 cistostomie soprapubiche, l'una in un paralitico l'altra in un prostatico, rappresentando l' uno e l'altro delle false vie uretrali.

In 27 altri casi, le complicazioni erano d' interesse secondario o nullo : esse sono state trattate secondo le regole abituali, ma inoltre il rachis è stato l'oggetto delle cure dirette, 7 volte vi era uno spostamento osseo ben accentuato: riduzione seguita in 4 casi da busto gessato, in 3 di legature apofisarie; 14 volte vi era uno spostamento osseo mediocre, con sintomi radicomedullari variabili; 6 volte a forma di paraplegia floscia, indicante una sezione trasversa totale del midollo, 2 astensioni, una riduzione con busto gessato, 3 laminectomie con resezione del callo, in soggetti vigorosissimi, a disturbi trofici multipli e progressivi di cui questo intervento ha due volte arrestato il decorso; 2 volte a forma di paraplegia spasmodica, radiculo-medullare, 2 laminectomie; 6 volte a topografia puramente radicolare, di cui 4 all'altezza della coda di cavallo. 6 laminectomie, con pulitura extra e intradurale del canale.

Infine 6 volte non c'era spostamento osseo: astensione, 2 punture lombari di cui una con uscita di 125 grammi di sangue, senza risultato terapeutico, 3 laminectomie, di cui 2 all'altezza del sacro.

3.° Nella frattura antichissima 43 casi, 17 astensioni, di cui 7 in individui a paraplegia completa, ma stazionaria, senza disturbi trofici inquietanti, a vescica incontinente ma non infetta e 10 in individui che camminavano con stampelle o bastoni con sintomi in gran parte radicolari, ma accompagnati da degenerazioni medullari ascendenti immobili stazionari e non minaccianti, 17 laminectomie di cui 5 in soggetti a frattura cervico-dorsale, 5 in soggetti a frattura dorso-lombare presentando, oltre i loro sintomi sensitivo-motori, dei disturbi trofici recidivi, 2 in soggetti a sintomi tardivamente sviluppati in cui ho trovato dei calli ipertrofici intrarachidiani che sono stati resecati, 1 in un soggetto di sintomi ugualmente ritardati al quale ho tolto un fibro-sarcoma delle meningi, 1 in un soggetto presentante all'altezza della sua frattura dei forti dolori per compressione delle radici di cui ho praticato la resezione intradurale, 3 raddrizzamenti con legatura in soggetti, un giovane, due vecchi, con cifosi progressiva per osteite rarefacente. Infine 9 interventi indiretti: 3 cistostomie soprapubiche in individui vecchi con della ritenzione d' urina secondaria con infezione per ipertrofia prostatica, 3 allungamenti di plantari per disturbi trofici a forma di male perforante, 1 artrodesi tibio-tarsica per lassità per atrofia muscolare, 1 resezione del nervo otturatore per contrattura unilaterale degli adduttori, 1 sutura del femore e allungamento dello sciatico per frattura accidentale di quest'osso, senza consolidamento.

Ipertrofia dell'orecchio sinistro riduzione con operazione.

M. I. Joseph ha preceduto a tutta una serie di riduzioni di orecchie con operazione.

L'operazione è stata eseguita così:

Come negli altri casi di riduzione d'orecchi per operazione, il D. I Joseph fece prima un'ecisione cuneiforme, abbastanza grande, e più grande nella metà superiore della conca dell'orecchio che nell'inferiore; un'altra ecisione cuneiforme del lobulo, egualmente ingrandita. Per evitare che l'orecchio non diventasse troppo largo, Joseph incise dai bordi della ferita della conca due nuovi pezzi cuneiformi in alto e in basso.

In seguito riunì colla sutura i margini dell'incisione, e dopo, l'orecchio intero collo scortamento di un pezzo di pelle del solco della conca dell'orecchio e il cuoio capelluto; infine procedette alla riunione dei margini della ferita e li adattò esattamente alla testa come l'orecchio destro.

Le cicatrici sono appena visibili e il paziente si trovava felicissimo del successo dell'operazione.

Sulla riduzione di volume del naso per operazione.

D. I. Joseph. — Parla ancora di otto casi di riduzione del volume del naso con operazione che ha eseguita negli ultimi due anni e mezzo, riduzioni operate su nasi sanissimi, ma che per la loro grandezza e forma, portavano un gran pregiudizio ed erano cagione di dolore ai loro possessori.

Tutti questi pazienti in causa della deformità del naso, si sentivano infelicissimi ed erano intimiditi frequentando gli amici. Joseph colle sue riduzioni, con delle operazioni individuali ben adatte, ha normalizzato questi nasi. La guarigione procede regolarmente. Le cicatrici sono appena visibili.

Sulla tecnica della craniectomia.

Codivilla (Bologna). — Presenta un craniotomo fatto per aprire delle larghe brecce esploratrici.

I suoi vantaggi consistono nella rapidità, l'incisione lineare e il maneggiamento colla sola mano dell'operatore.

Amerigo Benevento da Rotella (Campobasso). — Due casi di ascessi per congestione d'origine vertebrale in giovani soggetti seguiti da guarigione.

Riduzioni delle fratture alla radiografia. — Influenza degli apparecchi su questa riduzione.

Tuffier (Paris). — Gli studii ch' io presento dopo 18 mesi sulla riduzione delle fratture, controllata dalla radiografia, studio che si basa su più di 200 fratture, mi hanno condotto a questi resultati.

I nostri apparecchi riducono incompletamente le fratture, essi hanno una azione sulla direzione dei 2 frammenti, ma non ne hanno alcuna sulla coaptazione esatta di questi frammenti. Per dimostrare ciò, non si ha che a prendere due esperienze a 8 giorni d' intervallo d' una frattura sottomessa all' estensione continua o più semplicemente a esaminare i calli delle fratture; ogni qual volta un callo è voluminoso, indica che le ossa non sono in contatto.

La saldatura perfetta non è d'altronde indispensabile al buon funzionare delle parti; la buona direzione dei frammenti è più importante della saldatura per evitare i disturbi funzionali. Malgrado ciò è certo che per la frattura della gamba i risultati definitivi sono lungi dall'essere perfetti.

Io ho studiato allora i risultati della natura dei frammenti diafisari dopo l'apertura al focolaio di frattura; è là specialmente che ho potuto rendermi conto dei disordini che s'oppongono alla riduzione, scheggie piccole, interposizioni fibrose o muscolari entro i frammenti, impianti dei frammenti nelle masse muscolari, ecc.

Così io feci costruire da M. Collin degli strumenti speciali, leve, strumenti di trazione e coattazione che mi hanno permesso d'ottenere la riduzione perfetta ossia la coaptazione dei frammenti e d'assicurarli colla sutura. Lo spostamento secondo la direzione non potendo sempre essere impedito che dall'apparecchio inamovibile, questi risultati sono ancora stati controllati dalla radiografia.

Io non voglio qui trattare delle fratture epifisarie, però io credo che almeno per il cubito e pel ginocchio l'avvenire è della sutura.

Quanto alla riduzione di queste fratture epifisarie e alla loro saldatura per gli apparecchi essa è quasi impossibile e ciò disgraziatamente, perchè se l'apparecchio esercitava sui frammenti la pressione necessaria alla saldatura, la pelle e le parti molli sarebbero cancrenate molto prima del consolidamento delle fratture.

Le fratture sconosciute e la radiografia.

Destot (Lione). — Destot mostra l'utilità della radiografia per scoprire delle fratture che passavano sovente inavvertite. Egli s'occupa delle fratture dei metatarsi, nota che si trova il piede forzato tanto presso i civili che i militari. Egli passa alle frutture semplici al calcagno e mostra 2 figure, nell'una il frammento se ne va indietro e s'accolla al tendine d'Achille, nell'altro si vedono i frammenti portarsi al davanti della libia. Poi studia delle altre fratture dell'astragalo ch'egli divide in 3 gruppi, tipo malleolare, tipo calcaneare, tipo scafoideo il più raro e il più difficile a guarirsi. Egli mostra una frattura portante sopra il condilo interno della tibia, parla d'una frattura dell'estremità superiore del femore che si era prodotto in un fanciullo al malleolo in seguito ad una caduta, la diagnosi aveva errato consecutivamente tra una coxalgia e una lussazione dell'anca. Se per il bilancio le fratture da conficcamento sono senza importanza negli adulti, non è così presso le fanciulle, esse possono divenir causa di distocia e Destot ne cita un esempio. Egli passa alle fessure che ha scoperto la radiografia e le divide in due tipi: le une perpendicolari all'asse dell'osso (un caso della tibia) le altre parallele a quest'asse. Egli termina con delle distorsioni iusta-epifisarie che i raggi di Roentgen hanno permesso di distinguere. Tutte queste osservazioni erano di fratture sconosciute che la radiografia ha affermato.

Laison. — Delle indicazioni fornite dalla radiografia nei traumatismi articolari e intra-articolari. L'autore presenta numerosissime storie e interessanti radiografie.

Quali sono le fratture che possono essere trattate senz'apparecchio inamovibile col massaggio e colla mobilizzazione. Risultato di questa cura.

Lucas Championnière (Chirurgo de l'Hôtel-Dieu). — La cura delle fratture col massaggio e la mobilizzazione, è l'applicazione precoce del movimento all'arto traumatizzato. Non bisogna confonderlo con l'uso secondario del massaggio per fare sparire l'irrigidimento delle membra, cura antica, nè con uso massaggio banale la cui violenza determinerà dei dolori ed anche degli accidenti,

Per impedire questa confusione, si potrà caratterizzarla con una parola: la glucochinesi.

Questa cura consiste nell'applicazione del movimento metodico nell'epoca la più vicina all'accidente che ha causato la frattura.

Questo movimento deve essere metodico e graduato. Il massaggio troppo dolce e troppo progressivo fino alla vicinanza del focolaio di frattura, senz'azione diretta su di esso, è un mezzo d'applicazione di questo movimento che può, in certe circostanze, essere applicato senza massaggio.

Questo metodo s'appoggia sopra principî nuovi. L'immobilità assoluta è meno

favorevole alla riparazione dell'osso che un giusto movimento. Questo è a maggiore ragione favorevole alla riparazione delle parti molli.

Io ho cominciato dal sopprimere l'immobilità nella cura d'un buon numero di fratture (Società di Chirurgia, 1879-1880).

Poi ho applicato il metodo con e senza massaggio a tutte le varietà di fratture cominciando da quelle articolari. Se il massrggio e la mobilità sono applicati in principio, la riparazione ossea è più rapida e più solida. Il dolore scompare subito e questa sparizione è il criterio d'un buon massaggio e d'una buona mobilità. La persistenza del dolore indica che il metodo non fu applicato.

La contrattura sparisce rapidamente e ciò porta alla sparizione di certe deformazioni (olecrano, clavicola, spalla).

Il riassorbimento del sangue e dei liquidi stravasati è ben più rapido che per gli arti immobili.

La vitalità della pelle è conservata.

I riflessi nutritivi assicurano la conservazione e la riparazione dei muscoli e dei nervi senza atrofia.

La pieghevolezza delle membra è conservata e, a cura finita, il soggetto non ha più bisogno d'una cura secondaria.

Una delle ragioni che possono incoraggiare a sopprimere gli apparecchi è la constatazione ch'essi non portano mai delle importanti deformazioni. La radiografia è venuta a confermare questa nozione, e mostra che in caso di deviazioni dall'asse, esistono delle deformazioni più marcate di quelle che non si creda e compatibili con una buona funzione.

Non bisogna confondere il metodo con l'abbandono puro e semplice degli apparecchi e il ritorno alla funzione. Questa è assai più difficile ad applicarsi della cura banale cogli apparecchi inamovibili, ma dà dei risultati che non si possono paragonare.

Certe varietà di fratture possono essere sempre mobili anche con l'uso dell'apparecchio d'immobilità propriamente detto, per esempio: Tutte le fratture dell'omero alla parte superiore ed alla inferiore.

Alla parte superiore fino all'inserzione del deltoide.

Alla parte inferiore, a 4 dita trasverse dell'articolazione.

Tutte le fratture e specialmente quelle dell'olecrano (io non ho mai avuto l'occasione di suturare una sola frattura dell'olecrano).

Tutte le fratture al radio alla giuntura delle mani che non richiedono un trasporto considerevole della mano all'indietro.

Tutte le fratture della clavicola.

Tutte le fratture del perone alla parte inferiore senza minaccia di deviazione dell'asse del piede.

Tutte le fratture bimalleolari senza tendenza alla deviazione laterale o posteriore.

Femore 6 casi (massaggio complementare).

Scapola 3 casi (massaggio esclusivo).

Omero 60 casi.

Clavicola 64 casi (massaggio esclusivo, senz'apparecchio).

40 dell'estremità superiori (senz'apparecchio, massaggio esclusivo).

8 dell'estremità inferiori (senz'apparecchio, massaggio esclusivo).

12 regione media, combinazione dell'apparecchio al massaggio, salvo 3 casi trattati col massaggio senz'apparecchio.

Olecrano 20 casi (massaggio esclusivo, con mobilità senz'apparecchio).

Avambraccio e cubito 22 casi (combinazioni diverse d'apparecchio e di mobilità,

Radio 124 casi trattati esclusivamente col massaggio e la mobilità senz'apparecchio.

Ossa della mano e del piede, 7 casi, cura col massaggio e la mobilità senz'apparecchio.

Paul Thiery (de Paris). — La radiografia che mostra senza deformità un osso sano o una frattura trattata colla sutura ossea, dà almeno un'approssizione sufficiente per permettere d'affermare che i procedimenti di cura per gli apparecchi sono incerti e insufficienti, ancora che un callo vizioso sia qualche volta compatibile con una funzione conveniente.

Il chirurgo deve essere meno indulgente e la restitutio ad integrum dello scheletro e della funzione della parte, senza che vi sia bisogno d'un nuovo adattamento, deve essere lo scopo ch'egli si propone.

Ora il solo mezzo d'ottenere questo scopo è appunto la sutura ossea che dà perfetti risultati. Quest'operazione che si pratica per lo più per la frattura al mascellare inferiore, della rotula, dell'olecrano e le fratture al ginocchio, le fratture del femore con accorciamento, e le fratture dell'estremo della tibia.

Tutte le fratture della scapola.

Certe fratture possono essere ancora trattate senz'apparecchio ma eccezionalmente.

Fratture dell'omero alla parte media senza spostamento, certe fratture delle 2 ossa dell'avambraccio.

In questi casi si può ancora, combinando gli apparecchi, il massaggio e la mobilità immediata, ottenere dei risultati. Ma essi sono meno completi dei casi precedenti che portano la soppressione degli apparecchi propriamente detti, rimpiazzati da mezzi di protezione senza vera contenzione.

In un certo numero di casi, la mobilità può essere fatta senza massaggio.

E la pratica che fa seguire presso i fanciulli che avrebbero tendenza a fare il callo esuberante e presso certi vecchi le cui vene sono dubbiose.

Presso i fanciulli, la mobilità semplice per la giuntura della mano, per la spalla, per il cubito, darà i più soddisfacenti risultati.

Presso i vecchi io ho lasciato le frattura al collo del femore mobili e ho applicato il massaggio a tutte le altre fratture.

Nei 5 anni passati, il Dr. Dragon mi fece curare delle fratture col massaggio all'Hôtel Dieu, ed ho curato pure un numero considerevole di traumatismi. Ecco l'indicazione delle fratture trattate regolarmente.

Perone, 65 casi, massaggio quasi esclusivamente senza l'apparecchio d'immobilità.

Gamba, 90 casi, così ripartiti.

Epifisi superiore 10 casi (senz'apparecchio).

Porzione media 28, salvo 2 casi combinazione degli apparecchi e del massaggio.

Bimalleolari per la più parte senz'apparecchi con mobilità e massaggio combinato, deve essere estesa a tutte le fratture delle ossa lunghe, allorquando vi ha spostamento e accavallamento. Allora, colle risorse dell'attuale chirurgia, una incisione che permette d'arrivare fino al focolaio di frattura, non può essere considerata come una complicazione di cura.

Per lo più l'operazione è semplicissima, ma esige molta forza specialmente agendo sulle estremità ossee e durante la risoluzione cloroformica.

Malgrado ciò, Thiéry non si dissimula che per quanto eccellente sia, questa condotta sarà durante qualche tempo difficile a farsi adottare perchè contraria all'antica chirurgia, e conclude:

La sutura ossea è innocua, essa forma la cura di scelta delle fratture semplici delle ossa rotte con accavallamento, è il solo mezzo efficace per ottenere e mantenere una saldatura ideale dei frammenti.

Dimostrazione dell'osteogenesi chirurgica. Nuovi documenti sulla struttura delle neartrosi e l'organizzazione delle estremità riprodotte dopo le resezioni articolari.

M. Ollier (Lione). — Mostra delle radiografie dell'orbita, della spalla, della giuntura della mano che corroborano la sua dimostrazione anteriore dell'osteo-

genesi chirurgica. Le sue fotografie sono molto istruttive e si constata molto bene l'organizzazione delle estremità ossee riprodotte dopo la resezione (olecrano e estremità inferiore dell'omero che si rigenerano seguendo due poli).

PRESENTAZIONE DELL'APPARECCHIO DI PEREZ PER L'IMMOBILITÀ DELLE FRATTURE DELLA CLAVICOLA.

MENDIZABAL (Messico). — L'apparecchio di M. Perez è composto d'una vera cintura con bretelle destinate alla riduzione e alla contenzione.

APPARECCHIO FONETICO DOPO L'ESTIRPAZIONE AL LARINGE.

GLUCH (Berlino). — Questo apparecchio è composto: 1.° d'una canula tracheale esterna; 2.° d'una canula interna che porta un listarello (una specie di linguetta); quando l'individuo ispira la linguetta si apre, l'espirazione ferma la linguetta ed allora la corrente d'aria passa dall'apparecchio fonetico che si trova in comunicazione col tubo corrispondente alla faccia superiore della canula interna; allora l'apparecchio risuona e il suono è condotto in un tubo di cauciù molle di cui si può tenere l'estremo periferico al davanti delle labbra, o bene fra i denti: in seguito mercè una breccia lungo la vôlta del palato ed una protesi, è bene introdurlo per il naso nella faringe. Nel momento in cui l'individuo fa risuonare per la sua corrente d'aria espiratoria l'apparecchio, e fa nello stesso tempo dei movimenti articolati in modo che il movimento corrisponda al suono dell'apparecchio, il debole tremollo dell'articolazione si trasforma in una voce alta e chiara. Secondo i miei malati guariti, io ho dei veri artisti che parlano benissimo, così un'ammalata cui fu estirpata tutta la lingua, e così l'epiglottide e l'ioide, cui fu resecata la vôlta della bocca, parla col mio arparecchio ad alta voce anche delle parole la cui pronuncia ci pare impossibile senza la lingua. Parlando col tubo dell'apparecchio davanti alle labbra, l'articolazione si trova posteriore alla fonazione, quindi l'inverso dell'ordinario.

DELLA PERIEPIDIDIMITE VARICOSA.

Prof. MIGNON e SIEUR. — L'affezione occupa l'origine del gruppo venoso sotto forma d'un tumore arrotondato o fusiforme che attornia il principio e la fine del condotto deferente, l'epididimo risale più o meno in alto lungo il corpo di quest'ultimo senza mai salire sulla testa di questo organo.

Di consistenza elastica, talvolta anche molle, il tumore può acquistare una durezza grandissima. Sottomesso all'influenza delle spinte congestive talvolta penosissime per i malati, esso varia assai di volume. Ed è così che alcuni soggetti sono condotti a constatare la presenza d'una tumefazione avente talora il volume d'un pollice in seguito ad eccitamenti venerei non seguiti da coito, o in seguito a marcie, o ad una prolungata stazione eretta. Nell'intervallo di queste crisi o in seguito ad un trattamento appropriato, tutto pare rientrare nell'ordine ed appena si trova un piccolo nodulo indurito un po' sensibile alla pressione. Col tempo intanto l'infiammazione s'organizza, guadagna l'estremità inferiore del canale deferente, agisce sulla vaginale che traduce la sua irritazione con un piccolo idrocele o con un ispessimento fibroso e la massa finisce per prendere un volume ed una forma arrotondata che la rassomiglia ad un 2.° testicolo. Questo non resta insensibile a ciò che si organizza in sua vicinanza, il suo volume pare minore al normale, e la sua consistenza diminuita. Sempre nei giovani la funzione genitale rimane intatta.

Arrivata al suo ultimo grado, l'affezione potrebbe confondersi con l'epididimite tubercolare, ma la sua località, l'integrità del cordone e della prostata, l'assenza di ogni antecedente personale o ereditario e infine la variabilità tutta spe-

ciale del tumore aggiunta alla sua natura fibrosa permetteranno quasi sempre di riconoscerlo. Siccome esso non produce, almeno in principio, che un debole disturbo funzionale, basta trattarlo col riposo, portare un sospensorio ben chiuso, e evitare con ogni cura gli eccitamenti genetici ossia ogni stasi sanguigna nelle vene del cordone. A questo riguardo se l'affezione coincide con un varicocele voluminoso, sarà bene applicare a quest'ultimo un trattamento conveniente.

Infine quando agli sforzi semplicemente congestivi fanno seguito degli accidenti infiammatori, bisogna ricorrere ai grandi bagni e all'avviluppamento umido delle parti.

Disparati risultati nel trattamento della tubercolosi epididimo-testicolare colle legature e la sezione degli elementi del cordone spermatico.

Mauclaire. — Dopo la pubblicazione della mia 1.ª memoria nell'ultimo aprile, negli Annali genito-urinarî ho fatto parecchie nuove legature in massa di tutto il cordone per trattare la tubercolosi epididimo-testicolare. Di 18 osservazioni che io potrei riportare, io deduco le seguenti conclusioni; i risultati disparati possono schematicamente dividersi in buoni, soddisfacenti e cattivi.

I buoni risultati, ossia l'atrofia pura e semplice di tutta la massa genitale infetta, si ottengono sopratutto quando la tubercolosi non è fistolosa o suppurata. In 3 casi di questo genere il testicolo e l'epididimo malati hanno diminuito di volume, divengono duri, insensibili e quest'ultimo carattere solo differenzia il testicolo malato dal sano. In 2 casi le lesioni prostatiche sono nettamente retrocesse.

I risultati soddisfacenti sono quelli in cui l'atrofia appare lentamente, una fistola si produce e al termine di quattro mesi la guarigione è completa.

Nel terzo dei casi i risultati sono poco soddisfacenti, perchè il testicolo e l'epididimo largamente suppurati continuano a infettare la vaginale e sopratutto gli ematomi che si producono facilmente nella regione scrotale. Queste fistole durano lungo tempo e necessitano degli interventi secondarî. Qualunque sia, essendosi dato che nei casi di tubercolosi non suppurati i risultati sono soddisfacenti, la legatura del cordone deve prendere posto tra i metodi conservatori della cura della tubercolosi epididimo-tubercolare.

Questi risultati sono basati su 17 osservazioni; la tecnica operatoria è semplicissima; incisione piccolissima della borsa per evitare gli ematomi, legatura degli elementi del cordone e sezione fra 2 legature senza dilacerazione.

Risultati della resezione del cordone spermatico.

Carlier (Lille). — La resezione di tutti gli elementi del cordone spermatico, praticata asetticamente, non provoca la cancrena del testicolo. Ed è in grazia alla anastomosi delle arterie del cordone colla circolazione arteriosa della borsa che il testicolo non si necrotizza. L'atrofia dell'organo non sopravviene mai fatalmente, almeno negl'individui che hanno passato i 50 anni, dopo la sezione di tutti gli elementi del cordone. Esso è talvolta insignificante dopo 2 anni d'osservazione.

Questi risultati sono in contraddizione coll'atrofia testicolare che sopravviene talora così rapidamente presso i giovani operai per un varicocele od un'ernia e in coloro cui involontariamente si è legata l'arteria spermatica. Si potrebbe invocare in questi casi, per analogia di ciò che ha luogo nei cani, l'assenza e l'insufficienza del circolo collaterale nella giovinezza, e la necessità, per la conservazione della vita integrale al testicolo giovane, d'una irrigazione arteriosa più completa di quella dell'età avanzata.

Questi risultati furono confermati da 5 malati.

La torsione del cordone spermatico.

M. G. Nanu (Bucharest). — Si conosce poco la torsione del cordone spermatico: le osservazioni di questi accidenti sono rari e nei trattati classici se ne fa appena menzione. L'autore ne porta un esempio; in un malato ha praticato la castrazione e verificata la diagnosi.

Quello che v'è di particolare in questo caso è la difficolta della diagnosi, la recidiva dell'accidente e l'assenza di ogni anomalia delle ghiandole, nella quale in tutti i casi prima pubblicati era stata trovata quasi sempre un' ectopia inguinale.

Intanto la causa predisponente della torsione del cordone deve essere ricercata in un arresto di sviluppo.

Infatti, io credo che vi ha una sproporzione anatomica, la quale darà una mobilità anormale alle ghiandole intorno al suo peduncolo e favorirà la torsione. Questa disposizione dipende dal modo di continuarsi dei due foglietti sierosi e parietali della vaginale. Talora quella risale troppo in alto sopra il cordone.

Sull' anastomosi vescico-rettale.

Jacob Foruck (de Chicago). — Nel 1898 io feci una serie d'esperienze consistenti in impianti unilaterali e bilaterali degli ureteri, nell' intestino, avendo per scopo speciale di studiare le condizioni batteriologiche e istologiche dei reni. I risultati di queste esperienze erano identici a quelli ottenuti dai miei predecessori. In tutti i casi avveniva un'infezione ascendente dei reni.

Mi venne l'idea di anastomizzare direttamente la vescica al retto per vedere se sia possibile evitare l'infezione dei reni. Dopo parecchie esperienze sui cani riuscii ad ottenere questo risultato.

Quegli animali furono sacrificati dopo parecchi mesi e i reni furono trovati normali.

L'operazione è fatta impiegando l' innesto di cui una descrizione è già apparsa negli « Annals » del 1897 e nel « Record medico di Nuova York » nel 1896.

La mia opinione e che questa operazione non sarà forse solamente utile nei casi di ectasia vescicale ma anche nei casi in cui un'apertura soprapubica o perineale sarà necessaria affine di permettere uno scolo regolare permanente dell'orina.

Della estrofia di vescica guarita col metodo di Trendelenburg.

H. Delagènière (du Mars). — Il metodo di Trendelenburg, sebbene cosi logico, non ha dato che degli insuccessi, anche fra le mani dei più sperimentati.

Per ciò che concerne noi non avevamo veduto che degli insuccessi non solo nei nostri operati, ma anche in quelli dei nostri maestri più autorevoli. Noi cominciavamo dunque a dubitare delle speranze di Trendelenburg, allorchè il fatto seguente è venuto a cambiare la nostra maniera di vedere.

Si tratta d' un fanciullo di 11 anni colpito da estrofia della vescica e che aveva subito, senza successi, parecchie operazioni nella sua infanzia.

Noi abbiamo operato questo malato secondo il metodo di Trendelenburg; siamo stati obbligati a fare 7 operazioni complementari, ma, come voi potete constatarlo, abbiamo radicalmente guarito il nostro malato. Non solo esso ritiene, ma il suo sfintere funziona perfettamente.

Sulla cura radicale dell'ernia inguinale.

Gèrard (Berna). — Per le ernie inguinali di piccolo o di medio volume maggior parte dei processi raccomandati dai diversi autori, forniscono dei risultati favorevoli.

Ma quando si tratta di ernie voluminose in cui il canale inguinale è scomparso e non presenta più che una grande apertura come anche nella maggior parte delle ernie dirette un po' voluminose, è difficile di ottenere una chiusura resistente, assicurando l'operato contro la recidiva.

Da otto anni adopero il metodo seguente, che è una modificazione del processo Bassini.

1.° Incisione dell'aponevrosi del grande obliquo a partire dalla sommità dell'anello esterno, in modo da aprire tutto il canale, se esiste ancora, e a circa 4 cent. dell'arcata di Falloppio.

2.° Estirpazione e chiusura del sacco dopo la riduzione del suo contenuto, seguendo le indicazioni; riduzione del moncone di sacco.

3.° Sutura dei margini del piccolo obliquo e del trasverso secondo Bassini, alla faccia superiore dell'arcata di Falloppio.

4.° Imbricàzione dei due lembi dell'aponevrosi del grande obliquo su circa 4 centimetri di larghezza, secondo i casi, sovrapponendo il superiore all'inferiore o viceversa. Il lembo superiore è suturato sull'arcata di Falloppio, l'inferiore alla base del lembo superiore.

Ho 543 casi di operazioni con questo processo che mi ha permesso di attaccare le ernie più voluminose.

Non ho constatato fino ad ora che 8 recidive, cui 4 consecutive ad una suppurazione della ferita.

Dei risultati remoti della cura radicale delle ernie inguinali e crurali col procedimento della mioplastia.

Ed. Scwartz (Parigi). Noi abbiamo comunicato, nel 1893, al Congresso francese di Chirurgia, un nuovo procedimento di cura radicale delle ernie crurale e inguinale, colla mioplastia (Seduta del 7 aprile, p. 689, 1893).

Mioplastia inguinale. Dopo la resezione del sacco e la sua legatura il più alto possibile, incisione della guaina del retto anteriore dell'addome; formazione di un lembo muscolare a peduncolo inferiore, che è insinuato attraverso una bottoniera passante dietro al piliere interno, nel canale inguinale, poi suturato in alto al piccolo obliquo, in basso alla vòlta crurale, Questo lembo muscolare rinforza in basso e continua il piliere del piccolo obliquo, e del trasverso; ricostituisce la parete anteriore del canale inguinale. Di più si suturano i pilieri del grande obliquo, poi la pelle.

Mioplastia crurale. Per la ernia crurale, una volta fatta la resezione e la legatura, si apre la guaina del medio adduttore, se ne tira un lembo muscolare a peduncolo superiore, che si ferma e sutura alla vòlta crurale e al tessuto cellulo-adiposo che si trova al di dentro della vena crurale. Di più riunione della pelle. Questo provvedimento non è applicabile che alle ernie di debolezza.

Ho operato colla mioplastia 63 ernie inguinali e crurali dal 1893. Ho potuto rivedere attualmente una quindicina dei miei operati.

I nostri operati di ernia inguinale, che quasi tutti, eccetto uno, avevano delle ernie ragguardevoli per la debolezza della parete, la larghezza degli anelli, la allentatura delle aponevrosi, sono tutti guariti, eccetto uno che ha avuto una recidiva in seguito ad una caduta dalla scala che portò una lacerazione della regione, facendo tutti mestieri di forza, lavorando senza portare delle fasciature e senza nulla risentire di anormale dalla parte del muscolo, al quale fu tolto il lembo. Nessuna noia, nessuna debolezza.

Le guarigioni datano: 1 da 7 anni, 2 da 5 anni, 1 da 4 anni, 2 da 2 anni e mezzo, una da 2 anni circa. Si possono considerare come definitive; uno pòrta una fasciatura per un'ernia dalla parte opposta non operata.

Degli operati di ernia crurale noi non abbiamo potuto rivederne che 3, di cui 2 operati da 5 e 4 anni, esercitano la loro professione senza inconveniente.

Nel terzo, che era venute a ritrovare poi si è riprodotta un'ernia, ma la sua parete è di una debolezza estrema, e sembra passare al disopra dell' arcata piuttosto che per l'anello crurale.

Riassumendo, il processo della mioplastia par che ci dia dei risultati eccellenti, duraturi e merita di essere adoperato tutte le volte che le condizioni richieste si presenteranno.

La cura delle ernie col metodo sclerogeno.

Thomas Horiega (Messsico). — Le sottoposte conclusioni sono appoggiate su 23 casi. Le iniezioni sono fatte con un modello di siringa speciale, l' autore fa portare una fasciatura con pallottola modificata ai suoi malati.

1.° Le iniezioni sclerogene possono guarire radicalmente le ernie.

2.° Esse sono indicate solamente nelle ernie inguinali uni-laterali di dimensione piccola o media.

3.° Esse possono essere praticate nelle ernie voluminose allo scopo di renderle ristrette.

4.° L'iniezione dell'estratto fluido d'idrastis canadense dà dei risultati soddisfacenti.

Cura delle ernie inguinali con scorrimento dell'S iliaco.

H. Morestin. — Nelle ernie dette per scorrimento, la regola è che la difficoltà sia al di fuori del sacco, nella superficie intestinale sprovvista di sierosa. È per questo che esse sfuggono a una terapeutica vigorosa e regolare. Però non si abbandonano, si ricerca la loro guarigione anche a costo d'intervento grave. Il sig. Morestin ci dà la sua tecnica:

L'operazione parmi debba essere praticata nel modo seguente; essa comprende diversi tempi distinti:

1.° Messa allo scoperto dell'orifizio inguinale al di fuori di questo orifizio nel senso delle fibre del grande obliquo. Apertura del peritoneo all'altezza del passaggio inguinale. Si risparmia così ogni palpamento nella ricerca del sacco, e ogni noia all'intestino.

2.° Liberazione di questo per mezzo della dissezione.

3.° Incisione sia sul lembo esterno del muscolo destro, sia in vicinanza della cresta iliaca.

4.° Rifacimento del mesocolon e fissamento l'uno all'altro dei suoi due foglietti coll'aiuto di un gran numero di suture con seta fine, sia a punti separati, sia in sopragitti disposti in linee raggiate negli interstizi dei vasi; fissamento della base del meso all' aponevrosi iliaca, alla parte più rientrata della fossa iliaca.

5.° Sutura della ferita addominale.

6.° Rifacimente accuratissimo del tragitto inguinale.

Così compresa l'operazione è un po' più complicata di quella adottata generalmente. Ma nel caso in cui è possibile, il malato sarà senza alcun dubbio, in condizioni migliori.

Praticando l'incisione addominale della guaina del muscolo destro secondo la tecnica raccomandata per togliere l'appendice, ci si mette completamente, lo spero almeno, al riparo di ogni sventramento ulteriore.

È facilissimo il non mettere i punti di sutura sui vasi colici, che si scorgono nettamente per trasparenza. Ogni timore di sfacelo è così evitato.

Infine se queste manovre allungano un po' l' operazione, si può affermare che sono benigne e non aggravano il prognostico. Tutto si fa nella fossa iliaca, senza emorragia, senza manipolazioni laboriose o settiche. A meno di decadenza assoluta dell' organismo dell' operato, o di precauzioni insufficienti, non vi ha dunque perciò aumento delle probabilità d'insuccesso.

Jonnesco (Bucarest). — Presentazione di uno divaricatore addominale meccanico.

Lang (Vienna). — Estirpazione del lupus e operazioni plastiche (presentazione di nove malati).

Meyer (Berlino) — chiede la parola a proposito della comunicazione di Lang sulla cura del lupus. Richiama un caso di lupus curato con l'aria liquida, la durata della cura è insufficiente perchè possa fornire dei risultati certi. Egli constata solamente che White dei New-York ne ha pubblicato l'anno scorso 14 casi che crede aver guarito con questo metodo.

Risultato dell'operazione di un varo equino congenito in un uomo di 34 anni (due piedi).

Liensticki (Lemberg). — L'autore non è fautore delle operazioni uniche sia ablazione dell'astragalo, sia tarsectomia cuneiforme, ecc., esse sono di solito insufficenti. In generale bisogna fare ciò che si può fino a che la riduzione sia possibile. Tutto al più, non bisogna eseguire l'operazione completa in una sola seduta in causa delle numerose sinoviali e delle cavità multiple. Egli consiglia di non suturare completamente le ferite, si può così compromettere tutto con una suppurazione; egli raccomanda il tamponamento della ferita che non ha nessun inconveniente. L'autore richiama l'osservazione di un malato e mostra delle *forme* che fanno constatare un bellissimo risultato per i due piedi. Il suo malato aveva trentaquattro anni, è nno dei casi più tardivi operati.

Osteotomia sotto-trocanterica obliqua per anchilosi dell'anca in posizione viziosa in un uomo di 28 anni.

Louis Mencière (di Reims). — Il malato presentava un accorciamento di 43 centimetri con anchilosi solida ad angolo retto sull'addome, e il bacino, proiettato indietro, determinava un'insellatura enorme. Il malato pareva troncato in due, seguendo la sua espressione.

La fotografia, dopo operazione, ce lo mostra dritto. La gamba è diritta e l'insellatura è sparita. Il raccorciamento è sceso da 45 a 5 centimetri e mezzo: una scarpa rialzata basterà. Nell'osteotomia sotto-trocanterica obliqua, che è certamente più delicata a praticarsi dell'osteotomia semplice trasversale, si ottiene una superfice d'avvivamento osseo estesissima, favorevolissima a un callo solido. Il canale midollare è apertissimo, ma l'inconveniente è nullo se l'intervento è fatto con le regole dell'antisepsi.

Tarsoptosi e tarsalgia.

M. Bloch (Parigi). — Le affezioni dolorose del piede devono essere divise in due grandi gruppi, le tarsoptosi dolorose e le tarsalgie. Le prime si riconosceranno al segno cuboide che abbiamo già descritto, alla schiacciatura del tarso e all'apparizione dei dolori dopo che il malato avrà camminato un poco.

Le tarsalgie, che comprendono le tarsartrie, le tarsodinie, le tarsonevriti, si riconosceranno in generale all'assenza del segno cuboide, ai disturbi trofici e ai dolori limitati che si risvegliano tosto che il malato alza il tallone per camminare. Le tarsoptosi saranno soggette al nostro apparecchio, adottato oggi negli ospedali. Le tarsalgie esigeranno l'uso di una suola speciale che dovrà impedire la flessione dell'avampiede sul retropiede questa suola sarà bucata da un orifizio circolare corrispondente alla sede del dolore.

RELAZIONE DI UN CASO DI LEGATURA DELL'AORTA ADDOMINALE, NEL QUALE IL MALATO VISSE 48 GIORNI.

KEEN (Filadelfia). — L'autore legò l'aorta addominale in un uomo di 52 anni per un aneurisma avente sede al disotto del diaframma esattamente, con l'aiuto di quattro fili di seta solidissimi. Egli non sa se la legatura è stata applicata al disopra o al disotto del tronco celiaco, ciò che vi ha di certo, è che aveva sede al disopra dello attacco delle arterie renali. La circolazione si ristabilì nelle arterie femorali e renali, d'altronde all'autopsia i reni furono trovati normali. Il malato parve guarito e potè levarsi. Il quarantesimo giorno presentò dei fenomeni di emorragia interna e morì. L'autopsia dimostrò che la legatura aveva completamente diviso le pareti dei vasi e la morte fu causata da emorragia secondaria.

Sono stati pubblicati undici casi d'aneurisma dell'aorta, più un caso recente di Tillaux e quello dell'autore. Su questi 13 casi, dieci morirono nei due giorni seguenti all'operazione, uno visse 10 giorni (Monteir), uno 39 giorni (Tillaux), infine 48 giorni (Keen).

DELL'OPERAZIONE INTER-ILEO-ADDOMINALE.

MANU (Bucarest). — Manu praticò quest'operazione l'11 luglio per un mioxsarcoma dell'osso iliaco in un uomo di 50 anni. Egli applicò la benda di Esmarck e fece la legatura dei vasi iliaci primitivi. Con questa operazione inter-ileo-addominale, egli disarticolò il membro inferiore con resezione dell'ileo senza interessare il peritoneo, nè gli organi del bacino o dell'addome. Il suo malato è in via di guarigione.

Quest'operazione fu praticata otto volte, con 5 morti e 3 guarigioni, per dei neoplasmi, dei traumatismi gravi e delle coxalgie antiche.

SULLA TRAPIANTAZIONE DEI TENDINI E SUOI SUCCESSI NELLA CURA DELLE PARALISI.

OSCAR VULPIUS (Heidelberg). — Il numero di 160 operazioni, che sono state fatte nella mia clinica, insieme alla lunga osservazione dei malati m'incoraggiano ad esporre brevemente la mia tecnica, le indicazioni e i risultati certi.

Coll'asepsi più rigorosa — guanti e maschera — io devo una serie di 130 trapiantazioni senza traccia alcuna di infezione. Io preferisco il metodo che ho chiamato « discendente », non sacrifico nessun muscolo, ma metto l'estremità periferica del tendine sezionato in connessione coi muscoli vicini. In tal modo ottengo dei profitti per i muscoli paralizzati, senza che si sia fatto subire una perdita simile ai muscoli sani che devono rimpiazzarli.

Le *indicazioni* più importanti sono: le perdite traumatiche dei muscoli, dei tendini e dei nervi le paralisi spinali e fra queste al primo posto la paralisi spinale infantile. Nella paralisi parziale, l'operazione è nettamente indicata, nella paralisi totale, bisogna scegliere fra l'operazione dei tendini e l'artrodesi.

La trapiantazione ci ha insegnato che la paralisi totale è assai più rara che non si creda. Ricordiamo ancora la paralisi infantile cerebrale, l'emiplegia apopletica e la rigidità paraplegica, la malattia di Little.

Passiamo ai risultati: il successo deve essere istantaneo, in questo senso che alla fine dell'operazione, si deve aver ottenuto una posizione normale dell'articolazione.

Le mie 160 operazioni mi hanno dimostrato che questo miglioramento della posizione è permanente e che è seguito dalla mobilità più o meno normale attiva. Il successo aumenta talvolta in un modo sorprendente sotto l'influenza della cura post-operatoria. Più il terreno della paralisi è circoscritto, più i muscoli sani

e aventi una simile funzione si trovano ravvicinati, più si otterrà un successo brillante.

Nelle paralisi spasmodiche, il successo consiste non solamento nella correzione dell'attitudine, ma si vede altresì sparirne lo spasmo. Infine i risultati dipendono anche dalla localizzazione della paralisi, la sede più favorevole per l'operazione è la gamba, la coscia lo è meno. La musculatura dell'avambraccio offre più difficoltà benchè abbia già ottenuto dei risultati soddisfacenti. Gli insuccessi completi sono assolutamente rari, se il piano d'operazione è stato realizzato con una tecnica impeccabile. Le recidive sono divenute molto più rare a misura che l'esperienza è aumentata, e in questi casi, una seconda operazione può correggere lo sbaglio commesso.

L'ALLUNGAMENTO DEI NERVI NELLA CURA DEI DISTURBI TROFICI; MALE PERFORANTE, ULCERI VARICOSE, ECC.

CHIPAULT (Parigi). — Nel 1893, affermai per la prima volta la curabilità dei disturbi trofici coll'allungamento dei nervi, metodo oggi basato su più di cento osservazioni.

La sua tecnica tipo comprende due tempi; uno d'allungamento da praticare sui nervi che vanno al territorio storpiato, vicino a questo; uno di nettezza locale, per esempio quando c'è ulcerazione, la sua pulizia, l'abrasione dei suoi margini e, se è possibile, la loro sutura. Essa è superiore alle varianti proposte; allungamento lontano, l'erpicamento, ecc.

PÈRAIN (Parigi). — Conferma l'eccellenza del procedimento di M. Chipault. Egli praticò due volte l'allungamento dei nervi plantari per dei mali perforanti plantari. Nel primo caso, in una donna di 40 anni, l'allungamento dei nervi plantari interno ed esterno portò la guarigione. Nel secondo caso, in un uomo di 50 anni, la pulizia del focolare e l'allungamento del nervo plantare interno bastò. Queste guarigioni sono durature da tre anni.

LE FORME BENIGNE DI PSOITE.

H. MORESTIN. — Le forme benigne del psoite sono virtualmente ammesse dagli autori classici, ma come a malincuore, e la loro menzione è circondata da riserve tali che nella pratica non si crede di riscontrarle.

Infatti la prognosi della malattia è considerata come assai grave e anche quasi fatale. La suppurazione è la fine obbligata e la morte sopravviene tosto o tardi.

Ci si può stupire che l'infiammazione di un semplice muscolo possa avere delle così gravi conseguenze e metta così regolarmente la vita in pericolo.

In realtà la storia di quest'affezione è fatta con delle osservazioni già antiche, la sua descrizione non risponde più in modo esatto alla generalità dei fatti.

Certe suppurazioni d'origine pelviana, meglio studiate e meglio trattate, hanno cessato di essere confuse con le suppurazioni della guaina dello psoas.

Poi le suppurazioni profonde sono affrontate senza ritardo e senza tema con delle operazioni precoci, complete e larghe, e in quest'ordine di idee aprire la fossa iliaca ci pare oggi una cosa semplice. Egli è evidente che, se si cominciasse per mettere ai psoitici degli apparecchi ingessati, come Dolbeau, se si aspettasse la fluttuazione per incidere. o se ci limitasse a delle piccole punture, i disastri sarebbero ancora la regola.

Vorrei sopratutto insistere sulle forme veramente benigne, alle quali appartenevano due casi che ho potuto raccogliere all'ospedale di S. Luigi in questi ultimi mesi.

In uno si è formato lentamente un ascesso dello psoas non solamente senza fenomeni inquietanti, ma senza disturbo ben apparente della salute generale.

Una semplice incisione ha portato la guarigione; ancorchè fosse tardivamente applicata, poichè il malato si rifiutò prima ad ogni operazione.

Quanto dire che la miosite è realmente primitiva, è impossibile affermarlo. Può essere anche che nel caso di psoiti puerperali la lesione sia in realtà frequentemente secondaria. È un'opinione emessa da Vincent nell'eccellente articolo del *Dictionnaire Dechambre*.

Vincent ammette che la maggior parte delle psoiti sono una conseguenza di una flegmasia sotto-peritoneale. Moustier ha portato alla società anatomica un campione in cui si trattava d'adenoflemmone dei gangli iliaci interni, situati contro il psoas in vicinanza della biforcazione degli iliaci primitivi, Esiste un gran numero di gangli sotto-peritoneali applicati contro il psoas e in comunicazione più o meno diretta con gli organi genitali interni.

È una disposizione conosciuta da lungo tempo poichè è ammirabilmente figurata da Mascagni.

La patogenia delle psoiti puerperali risiede evidentemente in questo rapporto per un certo numero di casi almeno.

Ma vi ha di più, e la guarigione può sopraggiungere per risoluzione completa, anche quando la lesione è bilaterale, l'invasione simultanea o successiva da due punti essendo sempre stata considerata come una circostanza aggravante. Una osservazione di Moustier ne è la prova.

Domanderò quali segni distinguono le psoiti vere dalle pseudo-psoiti. Perchè volontariamente volerne escludere le forme benigne di cui si accetta l'esistenza per l'infiammazione di tutti gli organi?

Nelle forme benigne di cui tutti ci occupiamo, i mezzi più elementari bastano a procurare la guarigione.

Presentazione d'uno strumento compressore per la cura dell'aneurisma dell'aorta addominale.

Keen. — Questo strumento non ha per scopo d'obliterare in un modo permanente il lume del vaso, ciò che si deve evitare, ma di diminuire più o meno il corso del sangue in un modo temporario.

Questo modo di cura è giustificato dai risultati ottenuti col metodo di Mussay: egli ebbe un insuccesso e 4 morti dovuti a delle contusioni intestinali.

L'istrumento di Keen che è applicato direttamente sull'aorta attraverso l'incisione addominale e lasciato a posto per la sua manovra porta il pericolo dei traumatismi intestinali.

M. Keen ha fatto solamente sui cani le applicazioni del suo apparecchio, esse gli parvero eccellenti.

Robert Le Comte (Filadelfia). — La tecnica dell'amputazione interscupulo-toracica.

Piequè. — L'intervento chirurgico presso gli alienati. Diverse comunicazioni sono già state fatte dall'autore alla Società di Chirurgia su questo soggetto.

Del Fabbro (Conegliano). — Aneurisma della carotide interna. Guarigione.

Contributo alla cura chirurgica dei restringimenti spasmodici dell'esofago e specialmente del cardias,

Jacob (Anversa). — È più difficile a guarire del restringimento da cancro. In 3 malati si è servito di uno strumento rappresentato da un'asta articolata, di 1 cent. di diametro, e di un fusto terminale lungo 10 cent. e largo 1 $^1/_2$ che è il vero dilatatore formato di cinque pezzi che si slargano mercè un meccanismo nel manico come se fosse un parapioggia. Si apre per 3 cent. 75. Ebbe tre guarigioni.

Cura dei restringimenti dell'esofago con l'elettrolisi lineare.

J. A. Fort. — Cita vari casi di guarigione. Rigetta la gastrostomia perchè pericolosa, e guarisce raramente lasciando il paziente in condizioni antifisiologiche.

Pericardotomia attraverso l'iscrizione tendinea del gran muscolo retto dell'addome.

Voinitch Sianojentzkq (Pietroburgo), — È eseguita con una sola incisione longitudinale attraverso l'inserzione toracica del muscolo grande retto dell'addome; corrisponde esattamente all'asse anatomico del mediastino anteriore, dà la possibilità di penetrare nel pericardio senza interessare la pleura ed in modo minore prolungare sia la dimensione del versamento pericardico. Punto di ritrovo è il tubercolo della sesta articolazione condro-sternale sinistra.

Un caso di ferita del cuore curata con la sutura.

Nanu (Bucarest). — La ferita da colpo di coltello era nel terzo spazio intercostale. Per aprirsi la via resecò la 3.ª e 4.ª cartilagini costali. Il cuore era ferito per due centimetri. Sutura con catgut n. 1 e ago del Reverdin.

Emostasi completa. Morte al quinto giorno. Nel pericardio germi, e pseudomembrane ispessite ed aderenze.

Morte quindi per infezione. La sutura teneva benissimo.

L'operazione di Halsted per cancro della mammella.

Nanu. — Egli oltre i gangli estirpa i muscoli pettorali; ma dinanzi a questa perdita di sostanza estesa fa una plastica alla Graeve e Legneau, prendendo un largo lembo quadrangolare comprendente la mammella dal lato opposto, e suturando i margini.

Pseudoartrosi dell' omero con paralisi radiale, sutura dell'omero ed innesto del radiale sul mediano.

Rogues de Furone. — Era un uomo di 28 anni che cadde di vettura nel settembre 1894. Fu da lui operato un anno fa essendo riuscite inutili tutte le cure. Dopo 24 giorni la sutura ossea era perfetta, ma l' innesto nervoso aveva fallito.

Valore delle operazioni esploratrici precoci nello stomaco per sintomi gastrici gravi e persistenti.

Maylard (Glasgow). — Crede necessaria l'operazione esplorativa pei casi di malattie ribelli a qualsiasi cura. Fa l'incisione mediana, esplora la cavità dello stomaco prima col lavaggio fatto mercè un trequarti ed un sifone, e poi con lo speculum analogo a quello del Fergusson. Nulla di speciale per la chiusura delle ferite. Così potè diagnosticare ulceri dello stomaco.

La mia esperienza nelle operazioni del ventricolo dal 1881 ad ora.

Rydygier. — Afferma che il primo processo di Billroth non è che il suo e quindi deve portare il suo nome. Adesso invece di tre piani di sutura ne fa due, e cioè uno profondo che comprende la totalità delle tuniche intestinali e stomacali ed uno superficiale muscolo-sieroso a sopraggitto, nel quale affonda il primo strato.

SU 160 OPERAZIONI DI STOMACO FATTE NEGLI ULTIMI QUATTRO ANNI.

EISELSBERG (Konisberg). — Sono 1 per corpo estraneo; 6 per causticazioni; 64 per ulceri, 77 per tumori, 1 per spasmo. Ha avuto 42 morti, cioè il 26 per cento, 35 volte la morte fu conseguenza dell'operazione, e cioè 11 per choc, collasso, anemia, 11 per peritonite 1 e 2 volte perchè i punti avevano ceduto; 5 perchè la nuova zona non aveva funzionato; 1 per ileo, 5 per toraco-polmonite, e 2 per cachessia cancerosa. Gli altri 7 casi di morte furono per peritonite già esistente. Nei tumori le indicazioni della resezione sono intatte, ed ha sempre eseguito i metodi di Billorth e mai di Kocker. La gastroenterostomia retrocolica posteriore è migliore della piloroplastica e gastroplastica. Della gastrostomia ricorda infine i processi di Kocker e Vitzel. Della digiunostomia quello di Witze.

CHIRURGIA DELLO STOMACO.

HARTMANN. — Ha eseguito negli ultimi quattro anni 81 operazioni con 16 morti. In 20 gastrostomie ebbe 5 morti; in 40 gastro-enterostomie ebbe 8 morti; in 2 interventi per ulcera con perforazione chiusa e peritonite 1 morto; in due interventi per ulcera con perforazione lenta ed ascesso sottofrenico 1 morto; in 9 celiotomie esploratrici 1 morto; 1 piloroplastica, 6 gastrostomie, 1 gastrorrafia e gastropessia combinate tutte guarite. La gastrostomia dev'essere fatta presto. La gastro-enterostomia dà eccellenti risultanti. Per la gastrostomia trova vantaggi nel suo processo (già descritto nella Clinica Chirurgica del 1900 a pagina 365).

PROCESSO SPECIALE DI PILORO-PLASTICA

SEGALE (Genova). — Lo chiama per scivolamento, fa un'incisione a convessità superiore ed aumenta il diametro dell'anello stenotico facendo scorrere i due lembi in senso inverso. Le due ripiegature delle due estremità s'escidono. Due operazioni e due successi.

CURA DELL'APPENDICITE.

ROERL SOBERT. — 1.° Vi sono accessi di appendicite che terminano con la risoluzione. 2.° Questa terminazione fortunata avviene il più spesso dopo il primo attacco. 3.° Non esiste alcun segno d'indizio che permetta distinguere i casi che terminano con la risoluzione da quelli che terminano con la fissazione di accessi o con perforazione e peritonite. 4.° Ai primi sintomi di appendicite conviene operare. 5.° L'operazione precoce assicura la guarigione dell'accesso e permette di fare nel tempo stesso molto semplicemente la cura radicale.

I METODI DI SICUREZZA NELLA CURA OPERATIVA DELL'APPENDICITE.

THIEVY (Parigi). — Nell'appendicite suppurata incide e fogna, e non reseca l'appendice che se si presenta subito al chirurgo. Per la resezione a freddo convien pensare alla peritonite acuta secondaria complicanza frequente. In questi casi, aperto l'addome, afferrata l'appendice e portata al di fuori, dopo la sua liberazione del meso è in primo tempo fissato alle labbra peritoneale con quattro fili cardinali che passano nello spessore della parete; il rimanente dell'incisione peritoneale è chiuso con piani di sutura preferibilmente al catgut; da esso, avendo tempo, l'appendice è staccata senza pericolo con o senza sutura siero-sierosa del moncone. In un terzo tempo si fogna e si suturano le pareti. L'appendicipexix è metodo nuovo.

Momento dell'operazione a freddo sull'appendicite.

Reynier (Parigi). — È partigiano dell'operazione a freddo e più precisamente quando non vi è più reazione peritoneale, il dolore è scomparso, da quarantotto ore non vi è più febbre! Si deve ritardare il più possibile quando vi sono reazioni peritoneali gravi ed anche se l'ascesso si è aperto nell'intestino.

Complicanze vescicali dell' appendicite.

Reynes (Marsiglia). — Vide al terzo giorno ritenzione di orina che durò 48 ore, per cui dovè fare diversi cateterismi. Ha veduto anche cistite passeggera. Taluna di queste complicanze sono d'ordine reflesso e quindi benigne, o d' ordine infiammatorio e più gravi.

Ileo-tiflite ipertrofica circondante un tumore della regione ileo-cecale; nè neoplasma nè tubercolosi; resezione ileo-cecale; guarigione.

Schwartz (Parigi). — Caso clinico.

Sull'efficacia della laporotomia ripetuta a più o meno breve distanza per combattere la tubercolosi peritoneale cronica.

Galvani (Atene). — Ha curato 134 casi ed ha veduto miglioramenti. Ha riaperto il ventre per altre ragioni ed ha veduto le lesioni tubercolari del tutto scomparse, se persistevano fenomeni, ha pure riaperto il ventre, e ciò per lo deve farsi il più presto possibile, e cioè tra i 10-20 giorni dalla prima laparotomia. In 2 malati operò tre volte; in 1, 4 volte, ed in 1, 5 volte, e finì quest'ultima col guarire completamente.

Quaranta casi di peritonite tubercolare curati con la laparotomia.

Psaltof (Smirne). — La forma ascitica è la più frequente, e seguendo questi malati anche dopo dodici anni si vede la guarigione per intero. Ebbe tre morti di cui due per collasso ed 1 per tubercolosi generalizzata. Nella forma ulcerosa caseosa e fibro-adesiva i resultati immediati e remoti sono i meno favorevoli. Concludendo, la cura della peritonite tubercolare con la laparotomia è delle più efficaci, specialmente se si tratta della forma ascitica.

Un caso di peritonite purulenta primitiva.

Nanu. — Ne riferì un caso da pneumococo, che solo di raro si osserva nel peritoneo. Lo vide in un fanciullo di 14 anni. Operò al 14° giorno ed estrasse quattro litri di pus verdastro, spesso ed inodoro. Non aderenze. In tre settimane guarigione.

Trapianto dell'intestino.

Ulmann (Vienna). — Si tratta di trapianto dello stomaco nel digiuno, dell'ileo nello stomaco. dello stomaco nel colon, del ceco nello stomaco, del digiuno nell'intestino tenue, e del colon nell' ileo fatti sperimentalmente. Gli animali sopportarono bene l'operazione. In tutti i casi nei quali il tenue fu trapiantato sullo stomaco o viceversa, si formarono delle ulceri che consistevano ancora dopo tre mesi tra la mucosa. Per la restituzione di un segmento d'intestino a un altro fece una doppia fila di suture, di cui la prima comprendeva la muscolare e la sierosa, la seconda la siero-sierosa, la mucosa non essendo unita. Usò sempre la seta. Dal punto di vista fisiologico la peritalsi dei frammenti trapiantati è rimasta normale. Gli esami macroscopici e microscopici dimostrarono che le parti si accomodano e si trasformano come negli innesti cutaneo-mucosi.

ANASTOMOSI INTESTINALI E GASTRO-INTESTINALI.

FAURE. — Lo schiacciamento nelle resezioni gli ha dato talora cattivi risultati, per cui l'ha sostituito con la legatura con filo di seta e sutura a borsa.

ANASTOMOSI VISCERALI.

DOYEN. — Il metodo delle suture è il migliore. Ha fatto costruire da Collin un occhietto anastomotico ad uncini che fissa le due pareti e non può cadere che nel capo inferiore. Ha pure una pinza armata che facilita la sutura del piano profondo anteriore. Questa pinza permette pure di non incidere le pareti intestinali, la qual cosa si effettua con movimenti di va e vieni quando la sutura del piano profondo è terminata. Il suo metodo di resezione dell'interno con lo schiacciamento e la legatura in massa seguita da doppia sutura a cordone da borsa, permette la resezione di una anastomosi laterale con l' uno o l' altro di questi processi.

ANASTOMOSI VISCERALI.

ULMANN (Vienna). — Il migliore processo di sutura nella gastro-enterostomia è l'applicazione di due file di sutura; la prima comprendente la muscolare e la sierosa e la seconda la sola sierosa. La parete posteriore deve essere protetta dalle due fila di sutura prima che si apra lo stomaco e l'intestino. Per evitare il rigurgito della bile nello stomaco pensa di creare una comunicazione tra il duodeno e la parte di digiuno situata più in basso, ma vorrebbe che il duodeno fosse completamente sezionato. Per questa anastomosi si serve di cilindri di osso decalcificato che può col metodo di Mannsell modificarla leggermente.

SULLA GASTROENTEROSTOMIA.

MONTPROFIT (Angers). — Ne ha fatte 70 per varie cause, e crede che contro le emorragie sia il metodo migliore. Ha eseguito il processo di Wolfler, ma ora predilige quello di Hacker, sebbene riconosca pregi anche in quello di Roux. Usa sempre la sutura, e crede che si possa garantirsi bene del versamento nel cavo addominale barricando tutt'attorno con piumacciuoli. Da a bere e mangiare sino dal primo giorno ed in posizione assisa. Nella gastrostomia si ha la recidiva entro un anno al massimo. La gastroenterostomia comincia quando la gastrectomia finisce le sue indicazioni, e cioè quando il tumore non è più mobile e limitato.

ESCLUSIONE DEL COLON CON L' ILEO — SIGMOIDOSTOMIA NELLA CURA DEL CANCRO DEL CECO, DELLA COLONECTASIA E DELLA COLITE ULCEROSA.

GIORDANO (Venezia). — È indicata nelle malattie del colon paragonabili a quelle dello stomaco, nelle quali si fa la gastroenterostomia. Per il cancro del ceco si ha indicazione quando si trova timpanismo per la stenosi. Così il paziente liberato dalla intossicazione per stasi fecale dopo alcuni giorni sopporterà meglio l'amputazione dell'ansa ileo-cecale.

Nella dilatazione idiopatica del colon, l'esclusione del colon regolarizza la circolazione stercoracea, sopprimendo pure qui l' intossicazione cronica prodotta dalla coprostasi. L' ileo-sigmoidostomia costituisce finalmente l'operazione di elezione per delle coliti ulcerose ribelli, i cui sintomi cadono non appena il colon è liberato dal contatto delle materie fecali.

IMPIANTO DELL' ILEO NELL'ANSA SIGMOIDE.

EISELSBERG. — Quest'anno l'ha fatta tre volte laterale; due volte per cancro ed una per tubercolosi. Ebbe sempre miglioramento.

L' ANESTESIA LOCALE IN CHIRURGIA GENERALE.

LEGRAND (Parigi). — Crede che l'eucaina può prendere il posto della cocaina specialmente sotto forma di soluzione anestesica-emostatica. Rigetta l'olocaina, la nivranina, ma apprezza l'ortoforme.

1.° CALCOLO BILIARE ARRESTATOSI ALL' AMPOLLA DI VATER; ESTRAZIONE CON LA COLEDOCOTOMIA TRANSDUODENALE; 2.° ENORME CALCOLO DELL'URETERE ESTRAZIONE CON LA LAPAROTOMIA.

POZZI (Parigi). — Due storie cliniche.

ANESTESIA GENERALE CON IL KELENE (CLORURO DI ETILE).

SEVÉREANU (Bucarest). — Ha dei vantaggi sull'etere e cloroformio, ma deve essere usato con delicatezza e sorveglianza. Si serve di una maschera speciale.

FISTOLA DELLA NATICA; GUARIGIONE RAPIDA CON LA SEMPLICE INCISIONE DI UNA BRIGLIA TRASVERSALE DELLA PARETE POSTERIORE DEL RETTO.

BUFFET (Elbeuf). — Era consecutiva ad un ascesso ischio-rettale.

LA RESEZIONE DEL RETTO E DEL COLON PELVICO DALLA VIA ADDOMINO-PERINEALE ACCOMPAGNATA DAL VUOTAMENTO DELLA PELVI PER L' ESTIRPAZIONE DEL CANCRO RETTALE.

JONNESCO (Bucarest). — L'ha eseguita quattro volte, resecando dai 30-40 cent. d'intestino. Crede questo metodo superiore agli altri perchè assicura nei casi operabili la benignità dell'intervento e la durabilità dei resultati; e ciò perchè si usa scrupolosa emostasi, asepsi, essendosi precedentemente chiuso il tubo intestinale, il minimo traumatismo.

PRESENTAZIONE DI UNA TAVOLA DA STRUMENTI.

REVERDIN (Ginevra). — È leggera e si smonta. Ha pure una tavola d'operazione smontabile, e nella quale il paziente può essere riscaldato.

TAVOLO DA OPERAZIONI.

MONTPROFIT (Angers). — È semplice ed economico.

RENDICONTI DI ACCADEMIE E SOCIETÀ

Italia.

SOCIETÀ MEDICO CHIRURGICA DI BOLOGNA.

Adunanza del 26 *maggio* 1900. — A. CATTANEO. *La simpaticoectomia cervicale nella cura del glaucoma.* I casi così trattati furono due, un uomo ed una donna. Gli effetti immediati furono: restringimento della pupilla, cessazione duratura dei dolori, leggiero aumento della secrezione congiuntivale lacrimazione e leggiero catarro nei primi giorni, leggiera diminuzione del

tono (rimase però sempre o normale o superiore al normale) diminuzione avvertita solo dopo 2 o 3 giorni, leggiero aumento della temperatura locale avvertibile ancora per circa un mese; poca o nessuna modificazione della potenza visiva, come era da prevedersi.

Gli effetti consecutivi sono mediocri: i vantaggi immediati persistono e non sembra sia venuto alcun danno generale; nella donna ritornarono dopo quasi un anno i dolori, sebbene più leggieri e facilmente domati con miotici.

Inoltre alcuni mesi dopo l'operazione si è notato un certo senso di molestia entro la testa che essa non sa definire, ed una facilità di mettersi in agitazione per cause minime. Del resto disturbi ed anche danni più gravi ed evidenti furono notati sia clinicamente che sperimentalmente.

L'O. conclude che nonostante i vantaggi avuti nella clinica di Bologna e da altri non crede si possa essere autorizzati ad una così grave operazione in tutti i casi di glaucoma.

Accademia Medico-Fisica Fiorentina.

Seduta del 27 *giugno* 1900. — Comba Carlo fa la presentazione di un caso di *stenosi tracheale secondaria alla tracheotomia, guarito colla intubazione.* È oramai ammesso dalla grande maggioranza degli autori, che l'intubazione laringea in molti casi può sostituire con vantaggio la tracheotomia nella cura delle stenosi acute delle prime vie respiratorie e specialmente del croup difterico. Questo risulta anche dalle statistiche della Clinica pediatrica di Firenze, nella quale l'intubazione viene praticata già da alcuni anni con risultati soddisfacenti. Non solo l'intubazione può agevolare e sostituire la tracheotomia, ma, come risulta da alcune pubblicazioni fatte in questi ultimi tempi, è capace di correggere alcune stenosi croniche della trachea, che talvolta si osservano in seguito alla tracheotomia stessa.

Il caso presentato dall'O. ne è un esempio molto dimostrativo. Si tratta di una bambina di anni 5. Essa si ammalò di difterite faringea e laringea nei primi giorni del settembre 1899, e per la stenosi fu operata di tracheotomia inferiore in casa propria, a Prato. Dai dati anamnestici, forniti dal medico curante risulta che il taglio della trachea fu piccolo tanto, da permettere l'introduzione di una canula di media grandezza. Due giorni dopo l'operazione, la ferita si ricuopre di fibrina ed in seguito di abbondante tessuto di granulazione, che invase anche i margini della trachea.

Non fu mai possibile di togliere la cannula tracheale senza che la bambina fosse subito presa da accessi di soffocazione.

Esisteva afonia completa. Il curante fece diagnosi di stenosi della trachea subito al disopra della ferita, e procedette ad una dilatazione graduale dal basso all'alto mediante siringhe metalliche. La voce ritornò e la bambina poteva parlare tappandosi l'apertura della canula, tuttavia riuscirono vani i tentativi di decanulamento definitivo. Il 2 aprile di questo anno cioè 7 mesi dopo l'operazione, la bambina fu portata nella clinica pediatrica per la diagnosi della natura dell'ostacolo al decanulamento e per la cura. L'O. riferisce con molti particolari sul decorso clinico, sui sintomi che condussero alla diagnosi e sul trattamento curativo. Mediante esplorazioni fatte prima dalla ferita tracheale e poi anche dalla via laringea me-

diante i tubi di O. Doyer, egli riscontrò una stenosi piuttosto notevole della trachea, immediatamente al di sopra della ferita. Fu giudicato in base alla storia anamnestica, e ai dati obiettivi che tale restringimento fosse determinato da una depressione a valvola della parete anteriore della trachea situata al disopra della canula, depressione la quale, secondo l'esperienza di varî AA., si riscontrò facilmente allorquando il taglio della trachea è troppo irregolare. Nel caso presentato si può pure ammettere che alla stenosi abbia pure contribuito la cicatrizzazione delle granulazioni esuberanti osservata nei primi giorni dopo l'operazione.

Riguardo alla cura fu tentata nelle prime settimane la dilatazione del restringimento dalla parte della ferita mediante sonde metalliche. Con questo metodo si ottenne un lievissimo miglioramento, in quanto che si riuscì a lasciare la bambina senza canula per 9-11-14-22 ore: tuttavia il resultato non era soddisfacente perchè si era costretti ad introdurre nuovamente la canula, causa gli accessi di soffocazione. Si pensò allora ad un mezzo più radicale.

Il 20 maggio sotto la cloronarcosi si escidono i margini della fistola, si prolunga in alto la ferita della trachea per mezzo cm. circa in corrispondenza del restringimento e s'introduce dalla laringe un tubo O. Doyer adattato all'età della paziente. Il tubo fu lasciato in posto 72 ore, fu tolto per 25 ore, fu nuovamente introdotto per 45 ore. Così successivamente per il periodo di 1 mese furono fatte delle intubazioni della durata sempre più breve, separate da periodi sempre più lunghi, nei quali la bambina rimaneva senza tubo. Con questo metodo di cura fu raggiunto lo scopo prefisso: si ottenne la cicatrizzazione della ferita tracheale, la scomparsa del restringimento e così la guarigione completa della bambina che viene presentata ai soci dell'Accademia. La bambina è senza tubo dal 20 di questo mese e non presenta segni di stenosi.

R. Accademia Medica di Roma.

D'Urso Gaspare. — *Le fibre elastiche nel tessuto di cicatrice.* Dallo studio di materiale sperimentale, e di cicatrici raccolte per interventi chirurgici sull'uomo l'A. si crede autorizzato a stabilire: che la comparsa delle fibre elastiche di rigenerazione sulle cicatrici si avvera in un tempo più rapido sulla guarigione p. p. i. anzichè sulla guarigione per II; che nella guarigione p. p. i. si riscontrano delle fibre elastiche di neoformazione soltanto fra 50 e 70 giorni dalla inferta ferita chirurgica. Dei diversi processi di colorazione dell'elastina l'A. conclude pel primato del metodo di Weigert

D'Urso Gaspare — *Neartrosi metallica del gomito.* Al momento dell'intervento l'articolazione del gomito era ciondolante.

L'A. suturò con un filo d'argento il moncone omerale inferiore ed il collo del radio ottenendo un risultato buonissimo perchè fu ripristinata, in modo quasi completo, la funzionalità flessoria ed estensoria dell'avambraccio. Dopo 17 mesi dall'operazione l'esame radioscopico della giuntura dimostrò che l'ansa metallica si era rotta in 4 frammenti, ciò nonostante la funzione dell'arto si mantenne pressochè normale.

Curti. — *Enterectomia ed entero-anastastomosi col metodo Parlavecchio· Peritonite da perforazione tifosa guarita colla laparotomia* (*Società Lancisiana*

degli Ospedali di Roma) Tre casi clinici. Due ernie strozzate con necrosi dell'ansa, in cui praticò la resezione dell'intestino e l'entero-anastomosi col metodo Parlavecchio.

Il terzo è più importante: si tratta di una resezione intestinale (pure col metodo Parlavecchio) praticata per togliere una fistola intestinale residua alla perforazione di una ulcera tifosa. L'esito fu buono in tutti i tre casi.

Seduta del 27 *giugno.* 1900 — NANNOTTI parla su alcune *ricerche sperimetali nelle esclusioni complete ed incomplete del colon.* Presenta varî pezzi anatomici diretti a dimostrare varie forme di entero-anastomosi praticate sui cani al fine di escludere completamente ed incompletamente il colon dalla economia animale. Lo scopo di questo lavoro è quello di studiare come si comporti la nutrizione generale e la funzionale intestinale negli animali sottoposti ad una entero-anastomosi completa od incompleta tra l'ileo ed il retto per giungere poi a stabilire con maggiore fondamento la possibilità di curare le enterocoliti croniche ribelli colla esclusione completa ed incompleta del colon.

I resultati sperimentali ottenuti, messi in armonia cogli splendidi vantaggi che avvera la gastroenterostomia in molte affezioni dello stomaco, specialmente nell'ulcera gastrica, sembrano sufficienti al Nannotti per potere proporre come unico trattamento possibile delle enterocoliti croniche ulcerose la ileo-rettostomia. Quest'operazione non è difficile, non è più grave di una cecotomia e corrisponde pienamente al concetto di mettere in stato di assoluto riposo l'organo malato liberandolo in modo stabile e permanente dal passaggio delle feci. Nannotti spera di poter presto convalidare la sua tesi con qualche caso clinico.

R. ACCADEMIA MEDICO-CHIRURGIGA DI NAPOLI.

Seduta del 24 *giugno* 1900. — BRUNI *parla sulla cistoscopia e cateterismo degli ureteri,* ne dimostra l'utilità nelle diagnosi dei tumori vescicali, e vorrebbe che si usasse dopo la litolaplassi per impedire le recidive. Accenna al suo valore nelle malattie dei reni.

SOCIETÀ LANCISIANA DEGLI OSPEDALI DI ROMA.

Seduta 23 *giugno* 1900. — S. MARINO ZUCO. *Un caso di lussazione posteriore del gomito esposta, complicata con lacerazione dell'arteria renale, e distacco dell'epitroclea. Caso clinico.* — Si ebbe guarigione completa, anche dal lato funzionale, legando l'arteria omerale, riducendo la lussazione e suturando l'epitroclea previa accurata disinfezione con siero artificiale sterilizzato.

E. CURTI. — *Enterectomie ed enteroanastomosi col metodo Parlavecchio. Peritonite da perforazione tifosa guarita colla laparotomia.* Sono tre casi di resezione intestinale seguite da enteroanastomosi col metodo Parlavecchio, cui segue guarigione completa.

R. ACCADEMIA DEI FISIOCRITICI DI SIENA.

Seduta del giugno 1900. — BIONDI DOMENICO. *Contributo alla cura del rene mobile.* (Vedi Congresso internazionale).

Belgio.

Società Belga di Chirurgia.

Seduta del 23 *giugno.* — M. H. Verneuil s'intrattiene sulla *chirurgia pleuro polmonare.* L'A. dopo aver trattato l'argomento sotto il punto di vista della diagnosi delle affezioni della pleura e del polmone, passa in rassegna le differenti affezioni di questo e di quello, suscettibili di un trattamento chirurgico, i varî interventi operativi e le indicazioni speciali a ciascuno di essi. Viene quindi alle seguenti conclusioni:

I. Molte affezioni della pleura e del polmone una volta ritenute incurabili, traggono oggi giorno un largo benefizio dalla chirurgia. Cita fra le altre la pleurite purulenta sotto tutte le sue forme e con tutte le sue complicazioni; le lesioni traumatiche e certi tumori della pleura e del polmone, le raccolte cavitarie del polmone in generale e gli ascessi in particolare.

II. La diagnosi esatta delle affezioni della pleura e del polmone è sovente circondata da grandi difficoltà. Fra i mezzi di diagnosi più precisi si deve citare la radiografia. Si può affermare che i progressi giornalieri di questa utile scoperta vanno non poco ad accrescere la sua importanza già grande.

III. Dai numerosi lavori e tutte le osservazioni raccolte fino ad oggi risulta che nella chirurgia pleuro-polmonare gli interventi timidi non valgono nulla. Una volta ben stabilito il piano operatorio si avranno sempre dei grandi vantaggi coi generosi interventi. In linea generale un buon drenaggio come mezzo più semplice è indispensabile in casi di lesioni settiche. Ancora in linea generale nelle stesse circostanze i lavaggi devono essere proscritti.

IV. La pneumopessi immediata è il processo più raccomandato da applicarsi quando mancano le aderenze pleuriche per evitare i danni del pneumotorace totale.

V. Eccettuati alcuni casi rarissimi di lesioni cavitarie, l'intervento chirurgico nella tubercolosi polmonare non è un'operazione che possa attualmente giustificarsi.

VI. M. Gallet. — *Le operazioni preliminari e temporarie nella chirurgia del capo e del collo.* È una felice ed ordinata rassegna dei numerosi processi operativi preliminari e temporarî che si praticano nelle suddette regioni. Si divide in tre categorie:

I. Operazioni che creano una via temporaria permettendo al chirurgo di penetrare nelle cavità profonde o d'attaccare degli organi profondamente situati. Queste operazioni si applicano al sistema osseo o cartilagineo e costituiscono quelle che si dicono *resezioni temporarie.*

II. Operazioni che permettono d'operare senza perdita di sangue: esse sono rappresentate dalle allacciature definitive delle arterie o da quei mezzi proprî ad arrestare momentaneamente il circolo arterioso nel campo operatorio (emostasi preventiva).

III. Operazioni che interrompendo le funzioni di un organo o una porzione di esso, guidano il chirurgo ad operare ed a curare consecutivamente il suo ammalato senza intralciare una funzione organica importante tali la tracheotomia, l'intubazione della glottide, ecc.

L'autore poscia accennando brevemente alle indicazioni dei varî atti operativi insiste in modo speciale sulla tecnica operatoria.

Louwer (*Courtrai*). — *Del valore delle iniezioni preventive di siero antistreptococcico nelle operazioni che si praticano sul cavo boccale* L'A. riferisce 10 osservazioni di operazioni eseguite nella cavità bucco faringea nelle quali mediante l'iniezione preventiva di siero ha potuto ottenere costantemente delle riunioni di prima intenzione. L'A. nota che, data la difficoltà o meglio l'impossibilità di una disinfezione completa nel cavo boccale coi soliti mezzi, non è da dimenticarsi la pratica ch'egli suggerisce, e che gli ha dati ottimi risultati.

Hannecart (*Bruxelles*). — Riferisce un caso di *spina bifida sacro-lombare* in un bambino di 7 $^1/_2$ mesi guarito mediante l'escisione. L'A. dopo aver descritto brevemente l'atto operativo insegna che il tempo più importante di esso è la chiusura delle meningi; essa dev'essere perfetta se non vogliamo vedere sopravvenire una meningite mortale, consecutiva allo scolo costante del liquido cefalo-rachidiano e all'infezione inevitabile della ferita. L'applicazione d'un *clamp intestinale*, che si pratica sul colletto del sacro dopo la dissezione del tumore ha lo scopo d'impedire queste eventualità.

Per ciò che concerne la chiusura del sacco la sutura offre una sicurezza più grande dell'allacciatura: se il sacco contiene degli elementi nervosi, bisogna ridurli nel canal rachidiano, prima di praticare la sutura.

Rouffart (*Bruxelles*). — *Riferisce un caso di ernia contenente l'utero rudimentale.* È un fatto rarissimo e nella letteratura non se ne conosce che un caso.

Gallet (*Bruxelles*). — *Presenta due casi di chirurgia pleuro-polmonare.* Si tratta di un giovane di 13 anni affetto da pleurite purulenta a cui si era praticata per due volte senza resultato l'operazione di Estlander, guarito in seguito all'operazione di Schede.

L'altro è un fanciullo della stessa età, guarito perfettamente dalla stessa affezione col metodo di Delorme.

Depage (*Bruxelles*). — *Riferisce il caso di un tumore retro-orbitario e della parotide.* Fu praticata l'operazione di Krönlein e l'ablazione della parotide.

Francia.

Accademia di Medicina di Parigi.

Seduta del 10 *luglio* 1900. — Lomerana parla sulla *cura degli aneurismi con la gelatina* e presenta un voluminoso aneurisma dell'aorta, sanciforme con le iniezioni e morto per sincope. L'aneurisma è ripieno di di grumi antichi e densi tali da impedire la penetrazione del sangue. Ciò dimostra l'utilità delle iniezioni di gelatina.

Barette presenta un caso di *cisti idatica dell'utero* curata con la laparotomia, incisione e marsupializzazione. Sono casi suoi, non trovandosene raccolti che sedici casi.

Guepin parla sulle *false cistiti* sintomatiche delle lesioni del rene nella donna.

Società di Chirurgia di Parigi.

Seduta del 27 *giugno*. — Poirier a proposito del *cateterismo degli ureteri* dice che l'ha usato varie volte, e se ne è sempre lodato. Quenu è dello stesso parere.

MICHOUX a nome di AUVRAY presenta un'osservazione di *invaginamento intestinale in adulto*, per la quale fece la laparotomia e la desinvaginazione, ottenendo la guarigione. Crede che per la diagnosi abbia valore la constatazione del tumore addominale formato dall'ansa invaginata. Crede che l'ano contro natura sia un metodo di eccezione: la desinvaginazione è quello di elezione, e la resezione intestinale quella dell'avvenire; quello poi al quale dà la preferenza è l'enterostomia seguita dalla resezione del pezzo invaginato.

GAILLET parla su di un caso di *strangolamento erniario mascherato da un idrocele subacuto* in un ufficiale, e sopraggiunto bruscamente dopo una cavalcata. Crede che si possono spiegare gli accidenti così: 1.° punta d'ernia preesistente; 2.° trauma; 3.° strangolamento erniario e 4.° versamento vaginale subacuto in conseguenza di disturbi circolatorî sopraggiunti per lo strangolamento erniario.

BROCA a proposito dell'*asepsi operatoria* dice che non è partigiano dell'uso dei guanti di caoutchouc perchè crede possibile disinfettarsi le mani, e poichè non dànno che una sicurezza ingannatrice. Respinge in modo assoluto i guanti di filo perchè costituiscono un pericolo permanente. SCHWARTZ crede con Quenu che sia impossibile ottenere l'asepsi perfetta delle mani. Egli usa il permanganato di potassa, e l'alcool al sublimato. Malgrado questo ha ottenuto sempre colture positive. Usa i guanti di cautchouc nelle operazioni settiche, perchè stima buon precetto di non sporcarsi le mani.

THIERY in un caso di *actinomicosi temporo-mascellare* ha usato il lievito di birra con sufficiente profitto.

GÈRARD-MARCHANT presenta un caso di *aneurisma diffuso dell'arteria ascellare* in conseguenza di una ferita da coltello. Legò l'ascellare ed ottenne la guarigione.

QUENU ha un caso di *malattia cistica della mammella* curato con la resezione parziale e l'ignipuntura.

CHERASSON ha un caso di *amputazione sopra-malleolare della gamba sinistra per osteo-artrite tubercolare del piede* ottenendo la guarigione.

WALTHER parla di un caso di *tumore senile della faccia anteriore del sacro* asportato con la laparotomia. L'aveva diagnosticato per un fibroma uterino incuneato nel legamento largo. Non sa ancora la natura, se cioè è un tumore congenito od un fibro sarcoma. TILLAUX nel 1875 ne asportò uno dalla via perineale. QUENU vide che tutti questi tumori, diagnosticati, possono essere asportati dal perineo; talora si può prendere la via parasacrale. PONCET crede si tratti di un ematoma e SEGOND nella malata di Quenu aveva creduto trattarsi di una cisti idatica.

SCHWARTZ parla di un *epitelioma sotto-mucoso del retto* svoltosi nella regione sacrale. Fece un Kraske resecando 10 cent. di retto, e poi unì il capo superiore a quello inferiore col processo di Hochenegg. Era un epitelioma cilindrico. PONCET ha veduti varî di questi carcinomi sotto-mucosi d'origine intestinale di diagnosi difficile. QUENU crede che in questi casi si tratti di un ammasso di gangli epiteliali ed intimamente fusi fra loro e col tumore.

ALBARRAN presenta un rene estirpato per *tubercolosi renale*, nel quale il cateterismo degli ureteri era stato di una grande utilità. La nefrotomia a nulla avrebbe giovato.

Seduta del 4 luglio 1900. — Reclus parla sulla *malattia cistica della mammella*, e dice che da tempo non amputa più e non vede estensione dell'affezione: Quenu amputa solo quando vi è deformazione notevole: Delbet non interviene che se la ciste è grossa o sono molti nuclei che si sviluppano rapidamente. Tuffier è della medesima opinione, a meno che non si mostrino in affezione maligna, e così hanno pensato anche Nélaton, Quenu, Reynier, Segond che ne hanno veduti degli esempi. Walther richiama l'attenzione sui dolori, e Richelot dice che la malattia di Reclus è benigna, e la conferma anche Reclus e lo ripete Richelot che la paragona alle ovarite sclero-cistica.

Pothèrat a nome di Dupraz presenta un *nuovo processo di estirpazione delle emorroidi*, e ciò dopo lo scollamento, sutura e sezione della mucosa accolla questa alle altre tuniche della parete rettale con piccoli tubi di cautchouc lunghi 2 cent. che dispone a doppia corona, intra ed extra-anale.

Lejars a proposito dell'*asepsi* crede che quella delle mani costituisse la base fondamentale. La crede possibile, specialmente se essa si ottiene con mezzi esclusivi. Usa i guanti, che ritiene un progresso perchè le mani non si infettano più nelle operazioni settiche. Guinard si schiera con Quenu nel ritenere che si possono disinfettare le mani non settiche. Usa sempre i guanti di caoutchouc nelle operazioni settiche. Usa per la disinfezione dopo il lavaggio con acqua e sapone, l'alcool al sublimato; e si lava spesso le mani durante le operazioni. Ha sempre la massima cura delle mani nella vita ordinaria.

Leiars presenta un operato di *retto-emipessia per prolasso totale del retto* alla Gèrard-Marchant da nove anni con eccellente resultato. Poirier ha avuti migliori risultati con questo processo che con quello di Delorme, avendo avuto morte al sesto giorno.

Mignon presenta un caso di *orchiopessia per ectopia testicolare inguinale.* Incise i vasi spermatici ma non ebbe atrofia avendo conservata la deferenziale.

Seduta del 11 *luglio* 1900. — Debord. *A proposito del trattamento del prolasso totale del retto colla resezione ampia della mucosa.* L'A. fa notare che perchè l'operazione riesca è necessario che la mucosa rettale non sia ulcerata, in modo da aversi una riunione per prima intenzione.

Delbert *Intorno all'asepsi.* L'A. dimostra con accurate esperienze, che le mani dell'operatore si infettano a contatto dell'aria durante l'operazione e che è necessario risciaquarle di frequente con alcool o con acqua sterilizzata.

Lucas-Chcampionniere crede che le mani si possano sterilizzare completamente purchè si ricorra agli antisettici.

Reclus parla su di un *Innesto all'italiana per distruzione completa del palmo della mano per scottature.* Dopo di avere resecato il tessuto cicatriziale sino alla 3.ª falange praticò l'innesto con un lembo preso dal ventre. Il risultato fu eccellente.

Quènu e Nèlaton dichiarano di avere anch'essi eseguita parecchie volte questa operazione con buoni risultati.

Girard-Marchant nella *Resezione del ganglio di Gasser per nevralgia faciale ribelle.* Presenta un caso clinico, nonostante i buoni risultati ottenuti l'A. preferisce all'estirpazione del ganglio di Gasser l'estirpazione del ganglio superiore del simpatico.

SCHWARTZ parla nella *Resezione parziale dell'omoplata per encondroma.* Il tumore occupava tutta la fossa sopra spinosa dell'omoplata, ed è stato necessario resecare tutta la parete superiore dell'osso. Malgrado i prolungamenti del tumore fu possibile rispettare l'articolazione.

MONOD riporta un caso di *Gastrostomia col processo classico semplice; continenza perfetta della fistola.*

WALTER sulle *Cisti e diverticoli appendicolari.* Presenta un appendice resecata a freddo in una giovane di venti anni. Durante l'isolamento l'A. potè constatare nello spessore della meso-appendice dei diverticoli comunicanti colla cavità appendicolare. Questi diverticoli sono abbastanza frequenti e se non vengono accuratamente tolti durante l'atto operativo possono determinare dei processi infiammatorî secondarî.

BAZI presenta un caso di *Tiflo-appendicite ed epiploite cronica.* Caso clinico.

BAZY parla delle *Nefrectomie per tubercolosi renale e per idronefrosi calcolosa.* L'A. presenta due casi di tubercolosi renale ed uno di idronefrosi da lui diagnosticati ed operati per mostrare, contrariamente all'opinione dell'Albarran, che si può fare la diagnosi con soli criterî clinici senza ricorrere al cateterismo degli ureteri, che l'Albarran ritiene sempre necessario.

GÉRARD fa una comunicazione sui *Corpi stranieri dell'appendice* e dice che in un suo operato trovò un osso di piccione che aveva perforata l'appendice non producendo che dei sintomi leggieri di appendicite. L'O. a questo proposito richiama l'attenzione dei colleghi sopra le grandi differenze che esistono dal lato sintomatico tra l'appendicite perforante, e la perforazione dell'appendice prodotta da corpi stranieri.

Germania.

SOCIETÀ DI MEDICINA INTERNA DI BERLINO.

Seduta dell' 11 *e del* 18 *giugno* 1900. — BAGINSKY parla sulla *guarigione della tubercolosi del peritoneo nei ragazzi* e dice: io sono oggi convinto, come Cassel (Vedere la *Semaine Médicale*, 1900, pag. 205) che la peritonite tubercolare può guarire sotto l'influenza d'un regime igienico e dietetico conveniente.

In quanto alla diagnosi di quest'affezione, deve essere basata sull'insieme dei sintomi e sulla loro evoluzione assai più che sulla constatazione sul ventre, dei rigonfiamenti o delle tumefazioni che mancano in certi casi. M. BENDIX. È talvolta difficilissimo di stabilire la diagnosi della peritonite tubercolare. Nel turno del sig. von Leyden, abbiamo ricorso, a questo scopo, alla ricerca della sieroreazione di Widal applicata ai bacilli della tubercolosi. M. LITTEN. Nei fanciulli esiste una peritonite non tubercolare, che, per l'agglutinamento delle anse intestinali fra loro, può determinare la formazione di veri tumori. Inoltre si notano dei casi di tubercolosi del peritoneo con ascite senza peritonite, mentre che in altri casi si produce un'ascite di cui la causa resta ignota.

In due fanciulli colpiti da quest'ultima varietà d'ascite, le punture, ripetute 12 volte in un caso e 14 nell'altro, hanno bastato a portare la guarigione. Forse si trattava di una specie di peritonite reumatica con essudazione sierosa. Difatti, ho visto apparire, in un reumatico, un ri-

gonfiamento ascitico che si è riassorbito in seguito alla somministrazione di acido salicilico. VON LEYDEN. La cura spontanea della peritonite tubercolare non è contestabile ed io credo di essere stato il primo a stabilirlo. Succede, a questo riguardo, della peritonite come della pleurite tubercolare, che, anch'essa può guarire spontaneamente.

Come Baginsky, io non considero la constatazione dei rigonfiamenti o delle nodosità intra-addominali come indispensabile per stabilire la diagnosi; d'altronde non ho mai riscontrato questi tumori negli adulti.

Per facilitare la diagnosi si può ricorrere ad un'iniezione di tubercolina, alla ricerca della diazoreazione di Ehrlich o della reazione agglutinante.

In quanto alla laparotomia, che certi autori hanno preconizzato contro la peritonite tubercolare, essa non possiede a parer mio nessuna virtù curativa. Se qualche malato è guarito in seguito a quest'operazione, è per semplice coincidenza e sono convinto che questi pazienti avrebbero ugualmente ricuperata la salute senza intervento. M. A. FRANKEL. Io non credo che si possa stabilire un ravvicinamento assoluto fra la peritonite tubercolare e la pleurite tubercolare questa scomparendo frequentemente anche senza punture, mentre che la guarigione spontanea della peritonite è rara. D'altronde, in seguito ad osservazioni mie, le punture aggravano quasi sempre lo stato degli ammalati colpiti da peritonite, allorchè la laparotomia esercita nella maggior parte dei casi una felice influenza sull'esito della malattia.

Praticare un'iniezione di tubercolina per assicurare la diagnosi mi pare un espediente dannoso. Ho veduto, difatti, una tale iniezione seguita dallo svilupparsi di una tubercolosi miliare generalizzata. Per avere la conferma della diagnosi, basta inoculare il liquido ascitico alla cavia. M. HERZBERG. All'Ospedale Urban un gran numero di fanciulli, colpiti da peritonite tubercolare, sono stati laparotomizzati; sono guariti nella proporzione del 60 %. In qualche caso l'operazione dovette essere ripetuta una seconda volta.

M. HEUBNER. La laparotomia ha, credo, un'azione favorevolissima sull'evoluzione della peritonite tubercolare; non sono del parere di von Leyden che, stabilendo un parallelo fra la peritonite e la pleurite tubercolare sostiene che il prognostico di queste affezioni è relativamente benigno. Credo all'opposto che la pleurite francamente tubercolare ha sempre un esito funesto. M. KAREWSKI. La laparotomia è controindicata quando esistono delle aderenze antichissime fra le anse intestinali. M. GLUCK. Ho dovuto più volte lasciare il ventre aperto in seguito alla laparotomia, ed ho potuto constatare così che gli essudati tubercolari si riassorbivano ed erano rimpiazzati dal tessuto sano.

VON LEYDEN parla sulla *trombosi dell'arteria femorale profonda.* Ho osservato recentemente una tumefazione edematosa della gamba sinistra con cianosi dell'alluce in una donna di 64 anni, colpita d'insufficienza mitrale e piombata nel marasma. Temendo la comparsa di una gangrena per ostruzione arteriale, feci applicare sull'arto malato dei cataplasmi caldi che scongiurarono gli accidenti; la paziente però soccombette qualche giorno dopo in seguito ai progressi del marasma. All'autopsia trovai, a livello della parte superiore dell'arteria femorale profonda, un coagolo aderente, ma che non ostruiva completamente il lume del vaso. Ho visto degli accidenti analoghi (intorpidimento del piede sinistro con edema é cianosi del-

l'alluce) in un uomo di 86 anni che oggi può camminare liberamente. La cura ha consistito in questo caso nell'applicazione dei cataplasmi caldi e nell'esecuzione dei movimenti attivi e passivi. Si trattava ancora di trombosi arteriale, poichè il malato si lamentava di forti dolori, transitorî è vero, alla parte interna della coscia. È evidente che la guarigione di questi disturbi non è possibile che se la trombosi non ostruisce completamente il vaso.

RIVISTA DEI GIORNALI DI CHIRURGIA

Il Policlinico, Sezione Chirurgica, N.° 12 Giugno.

Gaspare d'Urso ed Enrico Trocello. — *Ricerche sperimentali sull'anastomosi latero laterale del dotto deferente.* Gli AA. propongono, dopo ripetute esperienze sugli animali, la tecnica seguente:

L'apparecchio strumentale speciale è costituito: 1.° da un coltello di Graefe; 2.° un sottilissimo ago lanceolato da oculista; 3.° due aghi cilindrici retti da donna a punta smussata e con varie intaccature superficiali a diversa altezza; 4.° una piccola pinza istologica a punte sottili. Per la sutura hanno adoperato il catgut al Kumolo 00.

In ciascuno dei due monconi viene introdotto un ago da donna smusso per cm. 3 o poco più, e in vicinanza della cruna viene fissato all'ago, con legatura circolare mediante sottilissimo filo di seta, il dottolino a qualche millimetro di distanza dalla sua superficie di sezione, corrispondentemente ad una delle superficiali intaccature esistenti nell'ago.

I due monconi del deferente così preparati vengono allora addossati l'uno all'altro come le due canne di un fucile; in modo che l'arteria deferenziale, che si è avuto cura di non offendere nel momento della recisione del condotto, decorra in ambo i monconi al margine distale delle due superfici di addossamento.

Per mantenere in questa posizione i due condotti durante tutto il tempo necessario alla sutura, si fissano i due aghi da donna in corrispondenza delle loro crune nei morsi di una pinza Pean, mentre con un filo di catgut, passato attorno ai due condotti in corrispondenza dell'estremità degli aghi e annodato lassamente, si evita l'allontanamento dei due condotti nella parte opposta alla superficie per incisione trasversale.

Col bistorì del Graefe si incide longitudinalmente per l'estensione di un centimetro e mezzo la parete di ciascun condotto a partire da 3 a 4 millim. al disotto delle legature poste in vicinanza della superficie di recisione dei monconi, e in modo da penetrare nel lume dei condotti, cosa che riesce sicuramente per la presenza degli aghi. È indispensabile per la buona riuscita dell'anastomosi fare in modo che ciascuna incisione longitudinale si vada rendendo sempre più superficiale mano mano che si avvicina alle sue estremità, in modo che l'incisione della mucosa sia di qualche millimetro più breve dell'incisione degli strati esterni della muscolare.

Col piccolo ago lanceolato da oculista, armato di catgut 00, si passa il primo punto a cominciare dagli angoli più vicini alla superficie di riunione

dei due monconi, in modo che l'ago, penetrato in corrispondenza dell'angolo di una delle ferite senza giungere nel lume fuoriesca dalla superficie esterna del condotto a un millimetro e mezzo dall'estremo dell'incisione longitudinale e ripeta l'identico cammino, ma in senso inverso, nell'altro moncone; dopo di che il filo è annodato ed è reciso il capo più corto. Si seguita quindi a riunire con sutura continua a sopraggitto i due margini interni delle due incisioni longitudinali fino all'angolo opposto a quello in cui si è cominciata la sutura, aiutandosi per la fissazione dei due margini che devono essere attraversati dai fili, colla pinza da istologia a punte sottili, e avendo precauzione di far penetrare l'ago da destra a sinistra in modo da sfiorare la mucosa, facile a vedersi per la presenza dell'ago nel lume del condotto, e di attraversare un sufficiente strato dei tessuti della tonaca muscolare. Agli angoli opposti a quelli dai quali si è cominciata la sutura si ripete lo stesso punto col quale essa è stata cominciata, e a questo si fa seguire senza interruzione la sutura a sopragitto dei margini esterni delle due incisioni coll'accorgimento di attraversare un sufficiente strato della muscolare e di rasentare il margine di incisione della mucosa, fino a raggiungere il primo punto di partenza della sutura. In questa seconda parte dell'operazione è utile che la pinza Péan fissi uno solo dei due aghi introdotti nei lumi dei due monconi, perchè i punti non stirino troppo e uno dei due condotti possa girare intorno all'ago e mettersi in contatto coll'altro condotto per la superficie, nella quale decorre questa seconda linea di sutura.

Si recidono quindi i fili di seta che mantenevano fissati i monconi agli aghi e il filo di catgut, che teneva temporaneamente avvicinati i due dottolini nella parte opposta alla superficie di recisione dei monconi, e gli aghi vengono ritirati. Nei solchi lasciati dai fili di seta si passa attorno a ciascun moncone un filo di catgut 00, che viene annodato strettamente, e colle due estremità del filo, dopo il primo annodamento, si cerca di circondare il moncone al di qua del filo una o due volte in direzione obliqua annodando ogni volta.

Successivamente si sutura la vaginale, il connettivo e la pelle. Questo metodo sperimentato dagli AA. sui cani ha dato il 50 per cento di risultati positivi. È prevedibile che nell'uomo, essendo minori le difficoltà, si debbano ottenere risultati migliori.

Prof. Ernesto Tricomi. — *Contributo clinico alla gastroenterostomia* (Lavoro in corso di pubblicazione).

Prof. Parlavecchio. — *Ulteriori modificazioni al processo proprio di cura radicale dell'ernia crurale.* Come è noto il Ruggi sutura il legamento del Cooper al legamento del Falloppio e poi il triplice strato (piccolo obliquo, trasverso e fascia trasversalis) pure al legamento di Falloppio ed arcata crurale. L'A. propone di riunire con un solo piano di sutura il legamento del Cooper, l'arcata crurale, ed il triplice strato evitando così di bucherellare troppo il legamento di Falloppio e di comprenderlo con due serie di suture stiranti in senso opposto.

Archivio di Ortopedia, N.° 1, 1900.

Perrando. — *Casistica di Chirurgia Ortopedica.* Si tratta della sostituzione di perone a tibia assente; di una riposizione cruenta di lussazione inveterata del femore; della riposizione cruenta di lussazione del gomito.

MONTI. — *Contributo allo studio clinico della scoliosi lombare.* È un caso di scoliosi dei canottieri guarito con gli esercizî e il corsetto di Hesning.

PELLÒ. — *Il sessennio 1892-97 nelle Infermerie dell' Istituto dei Rachitici* Lavoro in corso di pubblicazione.

Archivio Italiano di Otologia, Rinologia e Laringologia n. 2 luglio.

COZZOLINO VINCENZO. — *I tubercolotici polmonari con localizzazioni bacillari nelle prime vie respiratorie e nelle cavità articolari in rapporto al sanatorio di montagna e nel litorale.*

FERRARI GHERARDO. — *Sulla diagnosi della tubercolosi nelle suppurazioni croniche dell'orecchio.* 1.° Necessità sia dal punto di vista diagnostico che terapeutico, di determinare la vera natura di una suppurazione cronica dell'orecchio nel sospetto di tubercolosi locale; 2.° come mezzo sollecito ed esatto per stabilire l'esistenza di una carie ossea deve riconoscersi utilissimo il dermatolo; 3.° la presenza della carie non essendo un necessario testimone di coesistenza di lesione specifica tubercolare, le indagini diagnostiche debbono cercare aiuto in altri mezzi clinici, generali o indagativi; 4.° nell' incertezza di quelli, i migliori, sostenuti oggi da esimî cultori della specialità, non sono che le iniezioni di tubercolina e l'estrazione del ganglio linfatico permastoideo.

NUVOLI. — *Contributo alla fisiologia dell'orecchio medio.*

RIMINI. — *Otite media acuta. Leptomeningite purulenta.* Caso clinico.

TOMMASI. — *Un caso di mastoidite di Bezold da otite media purulenta acuta senza perforazione della membrana timpanica.* Caso clinico.

FERRARI GHERARDO e ROSATI TEODORICO. — *La laringologia nella difesa sociale contro la tubercolosi* (in corso di pubblicazione).

DE ROSSI CARLO. — *Forme cliniche di riniti purulente croniche. Lesioni anatomo patologiche. Loro cura.* È uno studio d'insieme di varie osservazioni.

TRIFILETTI. — *Contro certi corpi estranei nell' orecchio.* Consiglia l' uso dell'Amylomyces Ronxii, che ha azione riduttrice e disgregante.

MARTUSCELLI. — *Polipo di natura tubercolare della cassa timpanica.* Caso clinico.

MARTUSCELLI. — *Tumore fibroso del padiglione dell'orecchio di probabile origine traumatica, in donna negra.* Caso clinico.

Annali di Laringologia ed Otologia, Rinologia e Faringologia, n. 2, 1900.

MASINI e RE. — *Funzione auditiva, visiva e respiratoria in colombi scerebrati.* Concludono: 1.° Negli animali scervellati l' organo della vista nei primi giorni dopo l'atto operativo sembra aver perduta ogni funzionalità, la riconquista dopo qualche giorno, ma l'animale è incapace a valutare esattamente le diverse qualità della luce, e quindi a rendersi esattamente conto degli oggetti che lo circondano. 2.° Gli emisferi cerebrali avrebbero, secondo i nostri esperimenti, un'influenza sulla regolazione del ritmo respiratorio, sia con un intervento diretto, sia con speciali condizioni, createsi nei centri bulbari. 3.° I colombi scervellati si trovano nell'impossibilità di compiere regolarmente gli atti della riproduzione. 4.° I colombi scervellati dinotarono con la persistenza dei disordini dei movimenti dopo asportati i canali, che l'innervazione dell'organo dell'udito si fa per due branche che servono ambedue alla sensazione e alla percezione dei suoni: che queste

due branche hanno invece due modi di risentire le sensazioni sonore, ma rimangono sempre nell'ambito dell'audizione.

Genta Silvio. — *Su di alcune questioni riguardanti le paralisi del nervo faciale di origine otitica.* Sino a prove contrarie, le antiche idee sull'ingerenza del faciale nell'innervazione del velo del palato non sono da disprezzarsi e trascurarsi.

Egidi. — *Cinque casi di intubazione per crup in bambini lattanti. Svezzamento immediato e nuovo mezzo di nutrizione.* Storie cliniche. La nutrizione fu fatta con gelatina.

Ricci. — *Vantaggi della cura sieroterapica nel crup.* I casi guariti furono in generale quelli, nei quali la prima iniezione fu fatta sino da principio.

Prato. — *Sopra uno speciale tumore dell'epiglottide.* Era di struttura fibrosa con numerose lacune linfatiche, e da ciò il rapido accrescimento e poi il suo regredire. Era un fibroma cistico multiloculare.

Massei. — *Le complicanze laringee della sarcomatosi cutanea.* Il sarcoma laringeo si può considerare come una forma attenuata, che sarebbe al sarcoma tipico come il lupus alla tubercolosi.

Martuscelli. — *Ricerche sperimentali sui bulbi olfattivi.* Le manovre meno intese sulla mucosa olfattiva hanno prodotto delle lesioni alle cellule mitrali rilevabili al microscopio.

Annals of Surgery, n. 1 luglio 1900.

Finney. — *Ulcera perforante dello stomaco.* Fa la storia di 21 casi appartenenti a suoi operati per discutere quali sono i casi, nei quali è utile l'operazione, affermando che sono il 5 $^0/_0$ i casi che hanno bisogno di questo aiuto.

Hammerer. — *Ostruzione benigna del piloro.* — Studia la stenosi benigna del piloro, e fa il parallelo fra piloroplastica e gastro-entero-anastomosi a vantaggio di quest'ultima.

Curtis. — *Cura chirurgica della semplice dilatazione dello stomaco e della gastroptosi.* Riferisce sulla gastroplicatio, ma con preferenza per la gastroenterostomia.

Sedgnick Watson. — *Stomaco a clessidra e sua cura chirurgica.* Cita 29 casi, nei quali vennero eseguite operazioni svariate.

Hemmeter. — *La diagnosi del cancro dello stomaco.* Esamina i vari mezzi di diagnosi e dice che siamo ancora ai rudimenti.

Trauy Cabot. — *Adesioni dello stomaco.* Studia le adesioni dello stomaco col duodeno.

Shillitoc — *Nota su di un caso di sifilide che determinò la morte.* Caso clinico.

Revue de Chirurgie, n. 7, luglio 1900.

Quenu e Longuet. — *Dell'isterectomia addominale nella cura delle cisti e dei tumori solidi dell'ovaio.* Conclude 1.° che la castrazione addominale totale per neoplasma degli annessi è legittima e non aggrava la mortalità; 2.° che i vantaggi di asportare le cisti ovariche con aderenze pelviche estese e dà la possibilità di restaurazione neoplastica; 3.° che si può usare nelle cisti e tumori cranici complicati da lesioni infiammatorie; da degenerazione neoplastica dell'utero, e quindi peduncolizzazione ed emostasi sono difficili; che è controindicata quando la ciste è unilaterale in donna giovane, o che se bilaterale l'utero e sano ed il tumore peduncolizzabile.

GENEVET. — *Studio sul rabdomioma ed in specie sul rabdomioma maligno.* Illustrazione di casi per dimostrare che tutti i tumori della fibra muscolare striata non sono forzatamente dei rabdomiomi.

CRISTOVITCH. — *Pneumotomia con resezione costale per ferita di fuoco. Guarigione.* Caso clinico.

CUNEO e LECÈNE. — *Nota sulle cellule interstiziali nel testicolo ectopico dell'adulto.* Ne deduce che l'estirpazione di qualsiasi testicolo ectopico, dopo la pubertà, si impone, poichè non solo la funzione spermatogenetica è definitivamente abolita, ma per di più questo testicolo fornisce un eccellente terreno per lo sviluppo di tumori maligni.

DE BOVIS. — *Il cancro del crasso eccettuato il retto.* Lavoro in corso di pubblicazione.

Revue de Orthopédie, n. 4, luglio 1900.

MAINONI. — *Nuovo processo operatorio per la cura del piede piatto grave.* L'operazione consiste in tre tempi: 1.° incisioni delle parti molli sino allo osso; 2.° resezione della testa dell'astragalo, della superficie articolare posteriore dello scafoide e della superficie arteriosa dell'articolazione di questo osso con i cuneiformi; 3.° sutura delle ossa dopo raffrontamento delle superfici ossee cruentate.

CONDRAY.— *Dell'iodoformio nella cura delle suppurazioni croniche ed in specie delle polverizzazioni di ipsilene iodoformico.* Le conclusioni sono queste: 1.° L'iodoformio non disciolto agisce quasi come un corpo inerte, e ciò spiega le false deduzioni di Heyard-Rovsin; 2.° Diventa un antisettico energico quando è disciolto. Quest'azione diretta è dovuta alla sua decomposizione in iodio che sembra possegga una grande potenza allo stato nascente; 3.° Che una parte della sua azione è indiretta e risulta dalla influenza che le neoformazioni cellulari provocate dall'iodoformio esercitano sugli agenti microbici ed i loro prodotti. A questo riguardo è impossibile di non ravvicinare i fatti anatomici con quelli stabiliti da Lannelongue e Achard nelle loro esperienze sulle iniezioni di cloruro di zinco nei tessuti normali. Clinicamente poi non ha che da lodarsi delle polverizzazioni di ipsilene iodoformica.

COURTIN. — *Esostosi osteogenica della parte inferiore ed anteriore dello omero sinistro.* Caso clinico.

DARTIGNES — *Un caso di anchilosi ossea del gomito sinistro curato con la osteotomia trocleiforme.* Questo caso confermerebbe la maniera di vedere di Nélaton che l'osteotomia di Defontaine non dà che dei resultati ulteriori molto aleatori specialmente quando è lineare. La sola operazione da eseguirsi è la resezione semi-articolare di Ollier.

KIRMISSON, — *Frattura obliqua del femore destro viziosamente consolidata in un fanciullo di 4 1/2 anni.* Osteotomia seguita dall'applicazione dell'estensione continua sul processo di Hennequin. Ottimo resultato.

KIRMISSON. *Cura delle lussazioni congenite dell'anca.* Rapporto pel XIII Congresso Internazionale di Medicina.

Centralblatt für Chirurgie, N. 27-28-29.

KOCHER. — *Sulle conseguenze della ptosi della tiroide.* Sono specialmente l'asma in rapporto alla compressione, agli stiramenti, alla penetrazione nel cavo toracico.

VOLLBRERHT. — *Chiusura dell'intestino.* È l'orlatura dell'intestino o punti continui, e poi la doppia borsa a tabacco.

BADE. — *Sull'etiologia della lussazione congenita dell'anca.* È uno studio su 206 articolazioni con la radiografia, dimostrando che la lussazione congenita e la coxa vara sono un difetto di prima formazione.

LEVAL. — *Sulla sterilizzazione delle mani.* Elogia il chirolo nei suoi effetti.

Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Band LV, Heft 5 e 6.

XX. ENDERLEN. — *Plastica vescicale sperimentale.* Fece la sutura della sierosa, dal tratto isolato, con la sierosa vescicale; incisione della sierosa intestinale e nuova sutura con la sierosa vescicale; apertura del tubo intestinale ed escisione di un tratto di vescica; sutura degli altri tre margini in sutura a due strati. Le conclusioni a cui viene sono le seguenti: 1.° Nella plastica con lembi d'intestino e nella formazione di anastomosi le due sorta di epitelio rimangono intatte. 2.° L'epitelio vescicale può per un breve tratto proliferare sull'intestino (lembo o ansa isolata). 3.° La parte intestinale mostra alle volte una leggera atrofia. 4.° L'epitelio intestinale non solo si mantiene ma continua a funzionare. 5.° La plastica con il lembo intestinale o la formazione dell'anastomosi ha in ogni caso un campo di applicazione molto ristretto. 6.° Errò sempre la possibilità dell'infezione renale.

XXIII. HAISER. — *Volvolo del cieco con incarceramento in un'ernia inguinale.* È un caso di erniotomia eseguita d'urgenza in un individuo di 49 anni, che ebbe i primi disturbi di strangolamento dopo uno sforzo. Nel sacco trovò il cieco ritorto su sè stesso per 180° ed un'ansa del tenue incarcerato lunga 60 cm. alla quale faceva seguito nella cavità addominale un'ansa di tenue lunga da 70-80 cm. fortemente rigonfia e bluastra ritorta sul mesenterio per 180°. Per le cattive condizioni del ceco e del paziente, il ceco fu fissato alle pareti addominali, ma dopo poche ore il paziente morì.

XXIV. LANZ. — *Castrazione o resezione dell'epididimo.* Nell'epididimite tubercolare è partigiano della castrazione unilaterale invece della resezione. Ma considerando la gravità di una doppia castrazione quando la tubercolosi si propaga all'altro testicolo ha procurato di fare in modo di assicurare il testicolo! In un caso asportò l'epididimo, sezionò il testicolo e trovatolo solo lo riunì nelle due sezioni suturando l'albuginea con una sutura continua al catgut. Il paziente guarì. In un altro caso invece dopo la spaccatura, trovandolo malato l'asportò.

XXV. BUCHBINDER. — *Ricerche sperimentali sull'intestino vivo in animali e nell'uomo.* Fu Wegner che pensò di esporre l'intestino estratto dall'addome al vapore per evitarne il raffreddamento. Buckbinder modificò costruendo un apparecchio, mercè il quale il getto era rivolto sul solo intestino. Sull'intestino normale provò che la legge di Pflüger della eccitabilità polare della muscolatura striata con la corrente elettrica non vale per la mucosa liscia dell'intestino dell'uomo come per quello di molti vertebrati e che anche per l'intestino umano ci sono differenze fisiologiche fra la muscolatura longitudinale e trasversale nelle proprietà fisiologiche. Collo stimolo faradico si ha contrazione circolare locale che ascende verso lo stomaco, e per la quale si riconosce la direzione dell'intestino. Ha pure creduto che nell'incarceramento intestinale le conseguenze dei disturbi circolatori

si manifestano con l'alterazione funzionale dell'ansa e quindi paralisi completa; invece la funzione degli strati muscolari ritorna con gli stimoli elettrici. Questa dell' eccitabilità elettrica dello strato muscolare dell' intestino costituisce un punto importante per la vitalità dell'intestino. Stasi fecale e incarceramento (Lessen e Kada) avvengono per la paralisi dell'intestino. Con esperimenti fatti collo stafilococco il prodigioso ed il piocianeo concluse che la parete intestinale non permette assolutamente il passaggio ai microrganismi, come lo crederono Bönnecken, Tietze, Schloffer ed altri. Disturbi circolatori gravissimi ostacolano il passaggio dei microrganismi nella ricerca e nella cavità peritoneale: perchè avvengano bisognano alterazioni più gravi, irreparabili, con gangrena dell'ansa intestinale.

XXVI. Tavel. — *Ricerche batteriologiche e cliniche sul cloroformio.* Può essere sopportato in grandi dosi, e ove è rimasto inalterato spiega un'azione migliore dell'jodoformio, e non meno favorevole della loretina. Non dà luogo ad abnormi formazioni di granulazioni nè intossicazioni. È un potente antisettico ed ha un'azione a distanza simile all'jodoformio.

XXVII. Becker. — *Di un esito insolito dell' osteomielite acuta.* Si erano sviluppate delle granulazioni da simulare un tumore anche microscopicamente. Asportato vi trovò in mezzo un piccolo sequestro.

XXVIII. Schmidt. — *Emorragia gastrica dopo la colecistectomia.* Avvenne dope sei giorni e continuò una settimana. Crede si formassero ulceri gastriche prodotte da emboli venuti dai vasi legati nelle numerose aderenze, e preparate dalle manovre sullo stomaco e distacco della mucosa.

XXIX. Bibliografia.

RASSEGNA DELLA STAMPA

Gaglio Empedocle. — *Sugli effetti che spiegano sull'occhio il taglio e la eccitazione del nervo trigemino* (*La Riforma Medica* N.° 156). Il fenomeno comune provocato tanto dall'eccitazione, quanto dal taglio del trigemino è un disturbo della circolazione sanguigna dell'occhio, disturbo, che in seguito alla eccitazione, si manifesta costantemente con la vasodilatazione in seguito al taglio, ora con la vasodilatazione, ora, e con maggiore frequenza, con la vasocostrizione, cui segue in secondo tempo vasodilatazione.

Questo disturbo di circolo è quello che certamente rappresenta il primo fattore nella determinazione della lesione oculare, sia perchè è l'unico fenomeno comune all'eccitazione e dal taglio, condizioni quantunque così diverse, provocano una lesione uguale, sia perchè non è sempre della stessa intensità ed è in qualche caso suscettibile di compensazione, come non è sempre della stessa intensità la lesione corneale ed una volta iniziata può ripararsi come può ripararla il disturbo circolare.

Il disturbo circolatorio spiega principalmente la sua influenza sulla cornea, perchè questa non ha una vascolarizzazione ed una nutrizione propria ed indipendente.

Ogni cellula corneale sta in equilibrio fra le fini ramificazioni dei canalicoli plasmatici, che apportano l'alimento ed esportano i prodotti di de-

sintegrazione; la più leggiera oscillazione che avvenga nelle condizioni fisiche della circolazione turba questo equilibrio.

Turbato il circolo sanguigno, sotto l'equilibrio della circolazione plasmatica, nella quale stanno gli elementi corneali, verrà quindi disturbata la nutrizione dei differenti strati della cornea e compariranno sia le semplici opacità, sia anche le ulcerazioni parziali dei suoi strati superficiali.

Un'altra prova di quanto asseriamo l'abbiamo nel fatto che, tanto per l'eccitazione, come pel taglio la lesione corneale comincia al centro, sia pel forte aumento della pressione endoculare (eccitazione), che, per legge fisica si esercita più fortemente nelle parti centrali della cornea, sia per la vasocostrizione (taglio) che male provvede alla nutrizione della parte centrale della cornea, come la più lontana dai vasi sanguigni.

Epperò queste ricerche dimostrano in modo evidente che il primo fattore che concorse alla determinazione della lesione corneale è il disturbo vasomotorio.

Le esperienze dello Snellen, del Butter, del Gudden, con le quali, proteggendo l'occhio si è riuscito ad attenuare, ritardare e qualche volta anche ad evitare la lesione corneale, dimostrano che il disturbo circolatorio agisce solo come causa predisponente.

E però alla determinazione della lesione oculare devono contribuire altri fattori e cioè sul taglio: l'anestesia e la mancata secrezione lagrimale; nell'eccitazione; l'ipostomia, l'esoftalmo, la ipersecrezione lagrimale.

Come certamente, in tutti e due i casi, in secondo tempo è l'intervento dei germi piogeni, che aggrava la lesione.

Tunturri. — *Su di un caso non comune d' intubazione prolungata* (*Giornale Internazionale delle Scienze Mediche* N.° 12). L'Autore dice che: 1.° Il mio caso d'intubazione prolungata per 136 giorni è il primo nella letteratura dell'argomento.

2.° Possibile, se non facile complicanza del croup può essere l'ascesso peri-tracheo-laringeo.

3.° A tali forme morbose può seguire la necrosi parziale della cricoide.

4.° La intubazione nelle laringo-stenosi acute, che durano molto tempo, rimane sempre il valido fra i mezzi di cui dispone il chirurgo.

5.° La permanenza del tubo nel laringe potè essere protratta per molto tempo (136 giorni, nel caso ora narrato, senza inconvenienti e traumatismi), quando si abbiano tubi adatti (per calibro e per sostanza) e quando il chirurgo abbia sempre avanti agli occhi la delicatezza dell' organo sul quale deve operare (40 intubazioni sull'istesso soggetto).

6.° Il tubo fenestrato di O' Dwyer rende servigi inapprezzabili nelle granulazioni esuberanti della cricoide.

7.° L'ittiolo alla gelatina è un ottimo medicamento laringeo nella intubazione e va ricordato.

8.° Nelle difficoltà, che sorgono per l'alimentazione, ottimi risultati può dare la gelatina di carne, secondo i consigli dell'Egidi.

Canac Marquis. — *Un processo di sutura delle ferite del fegato. La Presse Médicale* N.° 55. Prende un lungo ago curvo e rotondo munito di grosso catgut e lo infigge di fuori in dentro e di sinistra a destra quasi in corrispondenza della fine della ferita: traversa il parenchima epatico e lo fa uscire in un punto simmetrico. Ad un centimetro e mezzo da questo punto

infigge di nuovo l'ago in direzione parallela in modo da descrivere un U la cui ansa abbraccia la superfice esterna del fegato. Si fa sortire ad un centimetro e mezzo dal primo punto. Così descrive con punti una serie di U. Arrivati all'estremo, ad un dito trasverso delle ferite, fa un secondo piano di sutura ad U. Arrivato al punto di partenza unisce i due fili.

Ferroni. — *Contributo allo studio dei liquidi cistici dell'ovaio* (*Annali di Ostetricia e ginecologia.* N. 5 e 6, 1900). Le conclusioni cui viene l'Autore dagli studi eseguiti nella Clinica del prof. Mangiagalli sono le seguenti: « Una glicoproteide coi caratteri della pseudo-mucina fu costantemente rilevata nel contenuto dei sistemi glandolari e papillari proliferanti; la stessa pseudo-mucina fu riscontrata nelle cisti uniloculari con liquido di densità diversa e in un dermoide ovarico, ma potè essere dimostrata nelle cisti tubovariche, nelle parovariche e nell'idrope della tuba. La pseudomucina si presenta nel maggior numero dei casi coi caratteri tipici descritti da Hammasten: parecchie volte si constatò come la β e la γ di Pannemtiel, senza mostrarsi però in rapporto con una determinata varietà di liquido e di tumore. In un cistoma uniloculare a contenuto molto denso fu svelata la presenza di un glicoproteide differente delle comuni pseudo-mucine per le proprietà essenziali di completa solubilità in acqua e di potere riducente diretto: questo glicoproteide, in parte simile alla paramucina dello Mitjnkoff, venne indicato col nome di paramucina β. I glicoproteidi dei liquidi cistici dell'ovaio trovansi quasi sempre in rapporto intimo con una speciale funzionalità dell'epitelio del tumore: in taluni casi fatti biochimici d'indole diversa possono concorrere nella loro genesi. In base al glicoproteide contenuta nei diversi tumori sottoposti alla ricerca, si deve estendere il concetto di pseudomucina ad altri sistemi finora non ritenuti come tali e modificano quindi in gran parte le classificazioni che si fondano su questo reperto chimico. La sostanza riducente si potè isolare in tutti i casi dal relativo glicoproteide: la ricerca degli organi riuscì quasi sempre positiva qualunque fosse il tumore da cui il precipitato alcalino era stato ottenuto. La sostanza riducente è preformata nel liquido cistico ed è uno zucchero: nel caso della pseudomucina β è verosimilmente un esosio e il rispettivo organo lo fa rassomigliare al lattosio, gli organi delle altre pseudomucine parlano per uno zucchero ma ben definito e probabilmente anch'esso per un esosio. Il primo di questi zuccheri è appena fermentabile, gli altri non lo sono affatto: la loro percentuale è variabile e nel caso della paramucina β rilevantissima. L'alcool di precipitazione e il suo residuo acquoso hanno frequenti volte proprietà riducenti ora non sempre analoghe a quelle del rispettivo glicoproteide: in questi liquidi si dimostra la presenza di piccole quantità di una sostanza albuminoide, ma precipitata colla pseudomucina e aventi proprietà in parte differenti dalle albumine comuni. I peptoni furono sempre dimostrati: il contenuto in sali e in ceneri si comportò analogamente a quanto si conosce sullo stesso riguardo. L'esame degli eteri fece rilevare la costante presenza di grumi e di colesterina. I risultati della ricerca chimica non hanno significato clinico assoluto nel campo diagnostico, e possono assumere una certa importanza solo attingendo dati obiettivi di qualche entità valgono precisamente a confermarli. Dal lato sperimentale ricorderemo poi che le diverse sostanze isolate dal contenuto cistico hanno nell'organismo una specie analoga a quella dei liquidi originarî: essa però è più intensa e si mani-

festa con disturbi generali e locali, immediati o secondari, e con profonde alterazioni anatomiche dei visceri, specialmente del rene e del fegato.

I processi infiammatorî di vario grado, le lesioni parenchimatose e di sclerosi sono i fatti di maggiore rilievo che si riscontrano in tali organi. Queste lesioni sarebbero di origine tossica e la tossicità dei liquidi cistici dipenderebbe appunto dall'azione diretta delle sostanze isolate. In ordine d'intensità, i fatti d'intossicazione sarebbero dati dai glicoproteidi completamente solubili, dalle sostanze disciolte nei residui idroalcoolici, dalla parte solubile dei glicoproteidi; poca o nessuna azione tossica avrebbe la parte colorabile del precipitato. La paramucina β ha il potere tossico più elevato, meno ed egualmente tossiche sono le sostanze dei sistemi glandolari e papillari proliferanti, meno ancora quelle delle cisti parovariche. Le alterazioni locali e generali che nel campo clinico si ritenne in dati casi di cisti ovariche si possono spiegare, in mancanza di altri fattori, come fenomeni di intossicazione dovuti all'assorbimento del contenuto cistico. La penetrazione in circolo delle sostanze tossiche disciolte sarebbe sempre in rapporto con le proprietà fisio-chimiche dello stesso liquido.

Riccardo Della Vedova. — *Ricerche sperimentali sulla patogenesi della ulcera gastrica* (*Supplemento del Policlinico* n. 37, anno 1900). Come conclusione delle sue esperienze l'A. afferma: che nei cani si può provocare la comparsa di ulcerazioni nello stomaco interrompendo od alternando la conducibilità delle vie nervose che esso riceve dal simpatico. Probabilmente tali vie decorrono dal grande splacnico sul plesso celiaco. Le lesioni ulcerose che sorgono ricordano per caratteri istologici quelli dell'ulcera gastrica umana.

Nichols e E. Brasford. — *Anatomia chirurgica della lussazione congenita dell'anca* (*Supplemento del Policlinico*, N.° 37). Lo studio si fonda sopra cinque esemplari, tre scheletri infantili e tre scheletri adulti. Tre presentavano una lussazione congenita bilaterale dell'anca, due una lussazione unilaterale. Le conclusioni anatomiche e chirurgiche, alle quali vengono i due autori sono le seguenti:

1.° In generale le condizioni anatomiche variano nei singoli casi entro limiti abbastanza estesi, però alcune particolari modificazioni nella conformazione ossea sono pressochè costanti.

2.° L'acetabolo è triangolare con l'apice diretto in alto, e con le sue faccie rivolte più o meno direttamente in fuori di guisa che esso è insufficiente a trattenere in sito la testa del femore anche se la riduzione è stata abilmente compita.

3.° Si riscontra talvolta sulla superficie dell'ileo una nuova superficie articolare atta a ricevere la testa del femore lussato.

4.° La testa del femore è piccolo; la sua superficie articolare è diminuita ed irregolare nella sua forma.

5.° Il collo del femore è generalmente corto, e forma colla diafisi un angolo che s'avvicina al retto.

6.° L'angolo della torsione femorale è molto aumentato per la rotazione che il femore subisce attorno all'asse verticale in guisa che il ginocchio viene portato direttamente in avanti. Quindi se la riduzione viene compiuta, il ginocchio tende a guardare in dentro ed una osteotomia secondaria diviene necessaria.

7.° Il legamento capsulare è sempre irregolare, ma la irregolarità è variabile.

La capsula può essere conformata a classidra.

Tra le due dilatazioni può persistere un collo ristretto che può essere troppo piccolo per permettere la riduzione della testa.

La capsula può in altri casi non essere attaccata al ciglio dell'acetabolo ma formare un piccolo sacco globato sulla testa del femore, attaccato alla superficie esterna dell'ileo. In altri casi infine, da questo piccolo sacco globoso può partire un diverticolo che, rivestito internamente da una membrana sinoviale termina all'apice dell'acetabolo.

8.° Nei cinque casi esaminati il legamento rotondo manca completamente.

Il legamento cotiloide può essere piccolo e sottile ovvero mancare interamente.

10.° Il legamento capsulare è uniformemente ispessito o può presentare uno speciale ispessimento in guisa da formare una specie di orlo al segmento inferiore del nuovo acetabolo neoformato costituisce un ostacolo alla riduzione della testa.

Gli ostacoli alla riduzione della deformità sono i seguenti;

1.° Lo speciale attacco del legamento capsulare che determina un accorciamento delle briglie legamentose in varì punti specialmente di lato e in basso.

2.° Lo strozzamento al segmento mediano della capsula in guisa che può divenire impossibile il far passare la testa dell'osso a traverso il restringimento.

3.° L'ispessimento della capsula propria al di sopra dell'acetabolo.

4.° Le aderenze fra la capsula e la testa del femore.

5.° La contrazione degli adduttori.

6.° L'aumento della torsione femorale.

Gli ostacoli alla permanente riduzione della testa del femore sono:

1.° Un acetabolo che ha perso la sua concavità ed è divenuto insufficiente.

2.° Una testa insufficiente.

3.° Un collo del femore estremamente corto.

4.° L'obliterazione della cavità dell'acetabolo mercè una massa di denso tessuto fibroso.

Il trattamento curativo è in rapporto con l'esperienza dell'operatore, guidata dalle condizioni patologiche e nei singoli casi dalle radiografie.

Morelli Pasquale. — *Litotrizia e cistotomia* (*Il Morgagni*, *n.* 6) Le conclusioni a cui viene sono le seguenti: 1.° Anche ammettendo, che la litotrissia sia spesso seguita dalla recidiva, non se ne deve dedurre, come pur troppo generalmente si fa, che la recidiva sia dovuta alla litotrissia, giacchè nella peggiore ipotesi, si deve concedere che essa possa esserne indipendente. 2.° La verità di quest'asserzione è indirettamente provata dal fatto che vi sono esempì classici, e non infrequenti, di recidiva anche dopo la epicistotomia, la quale, a giudizio dei più, è operazione che offre le migliori guarantigie contro la recidiva. 3.° È una grande improprietà di linguaggio il parlare di recidiva, quando in realtà si vuole dire che la litotrissia espone al pericolo di lasciare in vescica dei frammenti, intorno

ai quali può ricostruirsi un calcolo più grande. La facilità di lasciare dei frammenti in vescica riposa sulla mancanza di abilità, diligenza e perseveranza da parte del chirurgo e sulla trascuratezza da parte dell'infermo. La litotrizia bene eseguita, in infermi ammalati, o evita il pericolo suddetto, o facilmente vi rimedia. 4.° L'epicistotomia è l'operazione, che meglio di ogni altra ci permette la completa estrazione dei calcoli durante l' atto operativo. Ma, se un piccolo frammento sfugge (e può in realtà sfuggire) al chirurgo, l'operato si troverà in peggiori condizioni, che se fosse stato sottoposto alla litotrizia o alla cistotomia perineale.

SCHANZ. — **Sulla spondilite tifosa.** (*Archiv für klinische Chirurgie*, Band. LXI. Heft. 1, 1900). Quinque e Könitzer sono i soli autori che abbiano pubblicata un'osservazione analoga a questa. Donna di 36 anni, prende la febbre tifoide al principio del 1899. La siero-diagnosi è positiva. In maggio la malattia si complica di otite leggera, di decubito sano e di panoftalmia dell'orecchio destro. A poco a poco la colonna vertebrale a sua volta è colpita. I menomi movimenti provocati o spontanei divengono dolorosissimi. I muscoli sacro-lombari sono contratturati. Lo stato generale predomina notevolmente. Tutti questi sintomi allarmanti scompaiono rapidissimamente, non appena il paziente è posto in una doccia ingessata.

TRUNECEK. — **Un nuovo metodo di cura delle osteo-artriti tubercolari.** (*Sémaine Médicale* n. 29) Crede che sia necessario un caustico potentissimo suscettibile di distruggere la membrana piogenica e di produrre un'infiammazione fortissima attorno ai focolai tubercolari. A questo scopo usa delle iniezioni con questa soluzione:

Solfato di soda	1	gr.:	46	centigr.
Cloruro di sodio	16	»	40	»
Solfato di soda	0	»	50	»
Carbonato di soda	0	»	70	»
Solfato di potassa	0	»	94	»
Acqua			80	»

Dopo inietta dell'etere iodoformico al 10 °/₀.

DOLERIS e MALARTIC. — **Anestesia colla cocaina iniettata sotto l' aracnoide lombare** (*La Presse Medicale*, N.° 57). Hanno impiegato con successo le iniezioni sotto-aracnoidee di cocaina per ottenere l'anestesia durante il travaglio del parto. Questa anestesia non ostacola le contrazioni uterine anzi ne aumenta l'intensità. La perdita di sangue durante il parto è poco abbondante, ed in un caso un'iniezione di cocaina ha arrestata un'emorragia. L'anestesia dura da un'ora a due ore ed un quarto e non porta alcun inconveniente al feto.

LEON BERARD. — **Cisti uniloculare del pancreas** (*La Presse Medicale*, N.° 57). L'A. a proposito di un caso di cisti del pancreas espone l'anatomia patologica, la sintomatologia, i criteri diagnostici da prendersi in esame, e la cura di quest'affezione. Riassumeremo quanto è detto riguardo alla cura. La puntura ed il metodo Recamier, coi quali si procede alla cieca sono assolutamente da rigettarsi. Infatti su otto casi così trattati si sono avuti sei morti. La laparotomia è sempre da preferirsi perchè ci permette di vedere quello che conviene fare, e di accertarsi della diagnosi che è sempre molto difficile. La laparotomia ha permesso:

a) In 11 casi, l'estirpazione totale della cisti con 9 guarigioni e 2 morti per peritonite.

b) In 12 casi l'estirpazione parziale, con abbandono di una porzione più o meno estesa della parete cistica che aderiva solidamente a delle regioni pericolose (intestino, coledoco, vena porta, vena splenica, aorta). Si sono avute 8 guarigioni e 4 morti.

La motilità molto più elevata qui che nell'estirpazione totale, è dovuta precisamente al fatto che l'estirpazione era rimasta incompleta in causa della difficoltà.

c) In 12 casi, l'incisione in due tempi con un intervallo di tre ad otto giorni tra l'apertura della cavità peritoneale e quella della cisti fattasi aderente alle labbra dell'incisione addominale. Si ebbe un solo morto ed 11 guarigioni.

d) Infine in 58 casi l'incisione della cavità in un tempo ha dato 51 guarigioni e 7 decessi. Ma in 4 decessi la morte non fu la conseguenza dell'intervento, ma piuttosto di malattie anteriori che avevano profondamente alterato lo stato generale, o di complicanze polmonari, quali si possono avere dopo qualsiasi intervento chirurgico sull'addome.

Dal punto di vista del pericolo di vita l'incisione rimane dunque l'intervento più semplice e più sicuro. La laparotomia mediana deve essere il primo tempo di tutte le operazioni dirette contro le cisti voluminose del pancreas. Se il tumore si mostra peduncolato e libero da pericolose aderenze, lo si può estirpare. Però anche in queste condizioni favorevoli la legatura del peduncolo può essere difficile sia per la profondità del punto di impianto, sia per la vicinanza dei vasi splenici, mesenterici, della vena porta e cava, dell'aorta. È per queste considerazioni che alcuni chirurghi hanno proposta sempre l'incisione della cisti senza far prima nessun tentativo per enuclearla.

A maggior ragione, se la cisti è strettamente incastrata nella retrocavità degli epiploon, se è adesa ai grossi vasi, all'intestino ed al coledoco, si deve inciderla piuttosto che tentare un'estirpazione, la quale si sa, fin dal principio, che non potrà riuscire completa, e che aggrava considerevolmente l'operazione.

BIBLIOGRAFIA

HAYEM GEORGES. — *Leçons sur les maladies du sang*, Paris Masson, 1900. Queste lezioni interessantissime dell'Autore del libro sul Sangue sono state raccolte da Parmentier e Bensande. La loro importanza si rileva facilmente dal fatto che oggidì l'ematologia è fra gli studî in discussione. L'Hayem, con quella competenza che nessuno può negargli tratta i varî argomenti sotto tutti i punti di vista. Tutto il quesito dei sieri è discusso in modo completo. E del pari lo sono le anemie, le malattie emorragipare, la tecnica dell'esame del sangue, ecc.

Libro magistrale e degno dell'Autore. A. CECCHERELLI.

LE DENTU e DELBET. — *Traitê de Chirurgie clinique ed opêratorie,* Tome IX., *Maladies des organes génito urinaires de l'homme* (Paris J. B. Baillière, 1900). E il nono volume, che va di pari passo per la bontà con i precedenti già pubblicati. È scritto da Legneu per le Malattie della vescica da Al-

barran e Legneau per quelle dell'uretra; da Albarran per quelle della prostata. E poi di nuovo Legneau ha trattato i capitoli dell'infezione urinaria e delle Malattie del pene, per terminare con le malattie degli involucri del testicolo discusse da Sèbileau. E la scuola Francese, che per le malattie degli organi genito-urinarî ebbe sempre cultori insigni, che anche questa volta non mentisce alle tradizioni; e lo provano questi capitoli, nei quali si accoppiano l'erudizione del ricercatore e del critico con la perspicacia de! clinico. Volume che riconosco pregevolissimo sotto ogni rapporto, sebbene non sempre mi trovi d'accordo con gli egregi autori.

A. CECCHERELLI.

L'Anneè chirurgicale, Bruxelles, Lamartin 1900. È il secondo volume che il Dott. Depage con i suoi solerti collaboratorî pubblica. È il Rendiconto delle pubblicazioni del 1899, e con lodevole modificazione per non attendere la stampa dell'intiero volume che sarà di circa 2200 pagine lo pubblica in fascicoli. Il primo è di 672 pagine, e contiene la parte generale e comincia quelle speciali. Alla fine d'agosto l'opera dovrà essere completa. L'anno decorso le mie lodi furono incondizionate per l'iniziativa e la bontà del lavoro compiuto. Quest'anno sono anche maggiori per le migliorie che l'esperienza ha consigliate. A. CECCHERELLI.

LASSARAGNE. — *Le Vade-Mecum du mèdecin-expert,* (Lyon, Storck; Paris Masson 1900). È la seconda edizione di un libro nel quale in quadri od in modelli di relazioni sono indicate le varie constatazioni necessarie per rilevare nei casi più frequenti e gravi le varie lesioni di qualsiasi genere. Vi è anche un capitolo consacrato alla conservazione dei cadaveri, ai processi d'imbalsamazione, all'esame delle impronte, delle macchie di sangue, di sperma, ed alla docimazia epatica. Utile è il libro allo studente e nel tempo stesso al medico che in un attimo possono avere quei ragguagli che sono loro necessarî nelle varie quistioni. A. CECCHERELLI.

TITONE MICHELE. — *La Chirurgia del Pancreas,* Palermo 1900. È una tesi per libera docenza, nella quale l'egregio Autore tratta quest'argomento di chirurgia nuova. È diviso in due parti, e cioè una prima nella quale parla dell'Anatomia topografica del pancreas meritevole di lode, perchè è accurata e precisa: nella seconda tratta la chirurgia operativa, ma incompletamente. Certo che le parti discusse lo sono con accuratezza e bene.

A. CECCHERELLI.

JEMMA. — *L'allattamento artificiale,* L. Nicolai Editore, Firenze. Della biblioteca della Clinica Moderna che il solerte Editore ha iniziata la pubblicazione è questo il quinto volume. Degli altri e cioè del Landi, De Renzi, Lusena e Bottini già ne parlai. Ora è la volta di questo volume del Jemma, presentato dal Marfan di Parigi, e su di un argomento d'interesse vitale e tanto discusso. Dopo di avere parlato delle cause che possono impedire l'allattamento materno si occupa del latte, della sua falsificazione, della batteriologia, della vaccheria, della sua sterilizzazione e modificazione che avvengono, per poi venire a parlare dell'allattamento artificiale e misto e modo di compierlo. Se si pensa che spesse volte dall'allattamento dipende la vigoria o meno del fanciullo, si comprende in quale rapporto sia con le varie malattie, e da ciò l'importanza dell'argomento trattato benissimo dall'Jemma. A. CECCHERELLI.

Annuaire des Societés Savantes, Paris Institut International de Bibliographie Scientifique 1899 (È una pubblicazione molto importante ed utile, che fa conoscere le varie Società Scientifiche che esistono in Francia).

BAUDOIN. — *Questions d'Internat,* Paris. Institut de Bibliographie Scien-

tifique, 1900 (È un' utilissima guida, nella quale sui varî argomenti sono date le indicazioni bibliografiche esatte).

Trattato Italiano di Chirurgia, Fascicoli 33-34, Vol. V. — *Malattie degli Apparati Genito-Orinario maschile e femminile e loro cura.* Breda, Parte Seconda, — *Malattie dell'apparecchio sessuale maschile,* Vol. IV. — *Malattie del Torace. Addome e loro cura.* Parte Seconda. — *Malattie dell'addome, Ernie e loro cura.* — TRICOMI. *Malattie del Peritoneo.* — TANSINI. *Occlusione intestinale,* Vallardi Milano 1900.

TILLMANS. — *Trattato di Patologia Generale e Speciale Chirurgica,* Volume III, Vallardi Milano 1900.

MASSALONGO. — *Osteo-artropatie ipertrofiche successive a malattie pleuropolmonali (osteo artrite ipertrofica pneumonica).*

ALBERTONI e CORONEDI. — *Manuale di Farmacologia Clinica. Addizioni,* Fascicoli 7 e 8, Milano Vallardi 1900.

Dizionario pratico illustrato delle Scienze Mediche, Fascicolo 13, Vallardi Milano 1900.

JULLIEN e SIBUT. — *La blennorrhagie maladie génerale,* Troyes 1900.

JULLIEN. — *Les Vénériennes a St. Lazare,* Paris 1900.

PICHLER. — *Zur Statistik und operativen Behandlung der Rectumcarcinoma Dall'Archiv für klinische Chirurgie,* 1890).

HOCHENEGG. — *Ein Fall intraabdomineller Netztorsion (Dal Wiener klinischen Wochenschrift,* 1900).

BRUNI CARMELO. — *Gl' Italiani e i progressi recenti nella Chirurgia delle vie urinarie,* Napoli 1900).

D'EVANT TEODORO. — *Manuale di Anatomia Umana con speciale riguardo alle pratiche applicazioni medico-chirurgiche,* Roma Dante Alighieri 1900, Puntata Prima della Seconda Edizione, riveduta aumentata ed arricchita di illustrazioni.

CRONACA.

Il Prof. Edoardo Bassini insieme al Durante e al D'Antona è stato nominato Membro onorario del R. Istituto Chirurgico di Londra e fu invitato ad operare un'ernia inguinale alla presenza dei Membri di quell'istituto.

Un nuovo giornale è comparso in questi giorni. È la *Revue Internationale de Thérapie Physique,* diretta dal Dott. Colombo Carlo, a tutti noto per i suoi pregevoli lavori in questo ramo di studi. È scritto in Francese, sebbene si pubblichi a Roma, perchè internazionale e perchè si ripromette di diffondere le ricerche e le osservazioni sulla terapia fisica, che prende oggidì giustamente un grande sviluppo ed un'importanza eccezionali. Auguri al confratello.

MISSAGLIA GIUSEPPE, *gerente responsabile*

Stab. Tipo-Lit. della Casa Editrice DOTT. FRANCESCO VALLARDI, Corso Magenta, 48 — Milano.

Istituto anatomo-patologico dell' Ospedale degl' Incurabili
diretto dal Prof. L. Armanni

CONTRIBUTO ALL'ETIOLOGIA E PATOGENESI
della
CISTITE

PEL

Dott. CARLO PARASCANDOLO

Prof. par. di Patologia speciale chirurgica di Propedeutica Chirurgica e Clinica Chirurgica nella R. Università di Napoli
Socio onor. della R. Accademia Medico-Chirurg. di Napoli

(Continuazione V. N. 8)

IV Serie. — Condizioni fisiologiche speciali.

Ho voluto ancora esaminare le condizioni della vescica, e le variazioni dei componenti dell'urina durante il periodo della mestruazione, della gestazione e del puerperio degli animali.

Esperimento 40.°. — Cagna del pelo nero, del peso di 7860 gr. nel 3.° giorno della sua mestruazione. Con tutte le regole antisettiche dopo aver praticato un lavaggio con acqua e sapone degli organi genitali esterni, indi con alcool e poi con una soluzione al sublimato al 1|2 °|oo, ho ripetutamente lavate le parti con acqua sterile, una piccola sonda elastica, munita di una seconda sonda del pari elastica conficcata nella prima, il tutto bollito, è stata introdotta per la via dell'uretra nella vescica e sono stati estratti 150 c.c. di urina.

Questa urina era di colore giallo carico, di odore sui generis, di reazione acida, di peso specifico 1016, conteneva tracce di albumina (0.10 °|oo Esbach). All'esame istologico ho riscontrato: numerose cellule epiteliali pavimentose vescicali, altre rotonde ed altre fusiformi, parecchi corpuscoli bianchi e numerosi cristalli amorfi disposti ad ammassi. All'esame batterioscopico ho rilevato: la presenza di parecchi microrganismi, alcuni a forma di cocchi ed altri a bacilli, i primi erano disposti isolati ed altri ad ammassi, e si coloravano bene con i colori di anilina, però le osservazioni culturali e le inoculazioni sugli animali delle loro colture pure mi hanno dimostrato trattarsi di saprofiti, dei quali non ne ho tenuto conto. I bacilli invece si disponevano o isolatamente, ovvero a coppie ed alcune volte formavano delle vere catene, si coloravano bene con i soliti colori di anilina, la colorazione con il metodo di Gram riusciva decisamente negativo. Le ricerche

culturali mi dimostrarono trattarsi del *bacterium coli commune*, però le inoculazioni di 3 c.c. di queste culture nel cavo peritoneale di una cavia del peso di 400 gr. riuscirono senza effetti.

Ho ripetuto per altre 3 volte queste prove, ma il risultato fu identico. Al 4.° giorno della mestruazione uccisi l'animale ed asportai la vescica. Macroscopicamente la parete interna dell'organo appariva iperemica. La vescica fu fissata nel liquido di Müller e nella serie degli alcooli. Le sezioni furono colorate, quelle per la ricerca istologica con l'ematossilina alluminata, quella fissata nella serie degli alcooli con la fuxina fenica. All'esame istologico notai: uno stato iperemico di tutti gli strati vescicali. La ricerca batterioscopica riuscì negativa.

Esperimento 41.°. — Cagna tutta bianca del peso di 8600 gr. al 50.° giorno di gestazione. Temperatura rettale 38.8 C. Con tutte le regole antisettiche esposte nel precedente esperimento estrassi mercè la sonda per la via dell'uretra 170 c.c. di urina.

Questa urina era di colore giallo limone, di odore sui generis, di reazione acida, di peso specifico 1018, conteneva albumina (0.50 °[oo Esbach). All'esame istologico rinvenni: numerosi leucociti e parecchie cellule epiteliali polimorfe vescicali, parecchi cristalli di varia forma, in massima parte fosfati ed urati. All' esame batterioscopico constatai la presenza di numerosi cocchi disposti in vario modo, alcuni isolati altri a catena. All' esame culturale potetti identificare trattarsi dello *streptococcus pyogenes* e di altre forme di cocchi saprofiti; però le culture pure di questo *streptococcus pyogenes* erano dotate di un lievissimo grado di virulenza, poichè 3 c.c. di esse inoculate nel cavo peritoneale di una cavia riuscirono senza effetto. Nell'urina constatai anche la presenza di bacilli; però le ricerche culturali mi dimostrarono trattarsi di saprofiti, solo una volta mi parve di poter identificare un esemplare con il *bacterium coli commune*, ma le ricerche ulteriori furono negative. Ripetetti parecchie volte l' esame chimico e batteriologico delle urine sempre con gli stessi risultati.

Pochi giorni dopo l' animale fu ucciso ed asportata la vescica, questa fu fissata nel liquido di Müller e nella serie degli alcooli. Le sezioni di quella porzione fissata con il bicromato di potassio furono colorate con l'ematossilina alluminata, ed all'esame microscopico non rilevai altro che una lieve iperemia da stasi delle tuniche vescicali. Le sezioni fissate nella serie degli alcooli furono colorate con la fuxina fenica e la ricerca batterioscopica riuscì negativa.

Esperimento 42.°. — Cagna dal pelo rossiccio del peso di 5200 gr. al 3.° giorno dal puerperio, temperatura rettale 39.2 C. Con le solite regole in su esposte, e con la medesima tecnica fu estratta dalla vescica l'urina 160 c.c. Essa urina era di un colorito giallo rossastro, alquanto torbida, di odore sui generis, di reazione acida, di peso specifico 1014 conteneva albumina (1 °[oo Esbach). All'esame microscopico constatai numerosi leucociti, qualche corpuscolo rosso, moltissime cellule polimorfi epiteliali vescicali, e numerosi cristalli di fosfato, urati ed altri amorfi disposti ad ammassi. L'esame batterioscopico mi fece rilevare la presenza di numerosi cocchi, alcuni dei quali erano disposti ad ammassi, altri isolati ed altri a quattro, non che parecchi bacilli disposti in vario modo, essi tutti si coloravano bene con i comuni colori di anilina, e la colorazione secondo il metodo di Gram riuscì per tutti negativa. L' esame culturale mi dimostrò trattarsi di sarcine ed altre

forme saprofitiche. Questo esame fu ripetuto diverse volte sempre con i medesimi risultati. L'animale venne ucciso. La vescica fu fissata nel liquido di Müller le sezioni furono colorate con l'ematossilina alluminata ed all'osservazione istologica constatai: uno stato iperemico di tutte le tuniche vescicali, tale iperemia era più caratteristica nello strato mucoso.

V. Serie. **Alterazioni del sistema nervoso in rapporto alla vescica.**

I nervi della vescica provengono da due sorgenti: dal plesso ipogastrico e dalle branche anteriori del 3.° e 4.° nervo sacrale. Essi si distribuiscono alcuni alle fibre muscolari, altri alla mucosa, sul loro decorso si dispongono numerosi gangli pluri ed uni cellulari. Il modo di terminazione di questi nervi non è ancora ben conosciuto. Albarran ha potuto seguire delle divisioni cilindrassili fino alla superficie della mucosa, subito sotto l'epitelio (Kosselew-Retzius).

Negli animali la vescica riceve fibre dal 2.° 3.° 4.° lombare e dal 1.° 2.° 3.° 4.° sacrale (*cane*), dai primi 5 nervi lombari e dai primi 3 sacrali (*nel gatto*) dai primi 5 lombari e dal 2.° 3.° 4.° 5.° sacrali (*coniglio*). La contrazione che si ottiene stimolando questi diversi nervi differisce in intensità considerevolmente a seconda del nervo stimolato e dell'animale (J. N. Langley) (1).

Confrontando l'origine delle fibre nervose vescicali con l'origine delle fibre innervanti il colon discendente e il retto si vede che la differenza è minima, solamente la vescica sembra ricevere meno fibre efferenti lombari che i due tratti d'intestino ricordati. Poche fibre lombari occasionalmente passano sul plesso pelvico e quindi alla vescica, come hanno detto Giannuzzi e Nussbaum, senza attraversare i gangli mesenterici inferiori e i nervi ipogastrici.

Tanto i nervi lombari quanto i sacrali producono contrazioni di tutti gli elementi muscolari della vescica disposti in fasci circolari obliqui o longitudinali. Le fibre inibitrici per la vescica sono poche se pure esistono.

La urinazione normalmente è solo prodotta dai due nervi fra i cinque o sette che mandano fibre vescicali efferenti. Essi sono in quasi tutti i casi il 2.° 3.° sacrale (*gatto*, *cane*) il 3.° 4.° sacrale (*coniglio*); il primo soltanto di questi due nervi causa la urinazione, al momento della cessazione dello stimolo, poichè esso produce anche contrazione dei muscoli striati dell'apparato genito-urinario.

I nervi lombari hanno azione bilaterale sulla vescica per effetto d'una decussazione di fibre nei gangli viscerali inferiori. I nervi sacrali hanno anche azione bilaterale, sebbene la contrazione del lato

---

(1) Langley. The ennerwation of the pelvi viscera. (Proc. Physiol. Soc Dec. in Journ. of. Physiol. pag. XXIII-XXVII, 1890). La fisiologia del simpatico secondo le ricerche di Langley e dei suoi collaboratori (Rivista del Dott. F Bottazzi) Rivista di Patologia Nervosa e Mentale f. 4.°, 1898).

della vescica opposta al nervo stimolato sia debolissima in confronto con la contrazione omolaterale; probabilmente lo stimolo si diffonde direttamente mediante i plessi di fibre muscolari.

La comprensione dei disturbi vescicali in conseguenza delle affezioni nervose non è facile, poichè le nostre conoscenze fisiologiche sul meccanismo dello svuotamento vescicale offrono parecchie lacune. A me piace di riportare lo schema seguente adatto a comprendere lo stato presente delle cognizioni e poichè esso spiega in gran parte il risultato dei miei esperimenti.

Sia V la vescica, il detrusore è rappresentato in forma di una semplice linea spessa, la mucosa è segnata con una linea a tratti. Lo sfintere fisiologico, che è formato da diversi fasci volontari muscolari circondanti l'uretra (*musculus uretralis* di Krause), è segnato in forma di un segmento rilevato ai due lati della imboccatura della vescica (Il così detto sfintere liscio, fisiologicamente non ha alcuna importanza). I punti *a c b* rappresentano il così detto centro vescicale schematicamente cioè: *a* una cellula sensitiva o meglio detta una cellula stante in relazione coll'arborizzazione terminale della via *a a'*, poi *b* una cellula motrice per lo sfintere; *c* una cellula motrice per il detrusore *c'*, si dovrebbe pensare, unente la via sensibile *a a'* colla mucosa *b*, mediante la via motrice *b b'* collo sfintere, e *c* mediante la via motrice *c c'* con il detrusore. Il riflesso normale vescicale si stabilisce a questo modo: riempiendosi esageratamente la vescica, parte una eccitazione della mucosa per la via *a' a'*; da *a* l'eccitazione è trasmessa sul centro sfinterico *b*, e di là in forma d'innervazione tonica sullo sfintere *b'*, la vescica quindi viene ad essere fortemente chiusa. Quando però il riempimento supera un certo grado, allora l'eccitamento divenendo più intenso *a' a*, da *a* si trasmette su *c*, e provoca quindi una contrazione del detrusore, la vescica si vuota. Quindi il riflesso normale vescicale consiste di due atti, di un riflesso di chiusura e di un riflesso di vuotamento. Ora è conosciuto da osservazioni fisiologiche e cliniche che esistono attraverso il midollo vie ascendenti, e relativamente alla funzione discendente, che hanno rapporti con il vuotamento della vescica, e sono: (Fig. 1).

1.° La via *a A*, la via sensitiva, che va al cervello e ci rende edotti del riempimento della vescica.

2.° La via *B b b'* che fornisce l'innervazione volontaria dello sfintere, una via analoga pel detrusore manca, mancante un'innervazione volontaria per il detrusore.

3.° La via *B b* diminuisce il tono dello sfintere, e perciò mancante una via volontaria del detrusore, produce il vuotamento volontario della vescica.

4.° Vi è una via *D d* che dal cervello innerva la cute dell'addome e contribuisce colla forzata pressione delle pareti addominali al vuotamento della vescica.

In condizioni normali il vuotamento vescicale volontario avviene mediante queste vie lunghe, poichè noi dopo che per la via $A'\,a$ ci siamo orientati sullo stato di riempimento della vescica volontariamente, mediante l'innervazione $\beta\ b\ b'$ rilasciamo lo sfintere. L'innervazione riflessa del detrusore, mettiamo quindi per la via $a'\ a\ c\ c'$ in

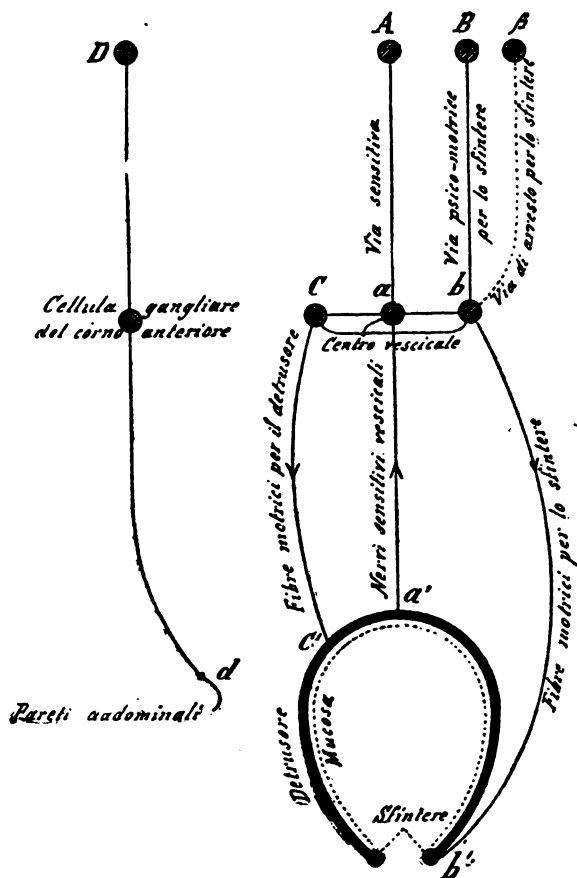



Fig. I.

libero gioco e in circostanze per aiutare il vuotamento della vescica, ci serviamo della via $d\ d'$, cioè della pressione addominale.

Deve essere ancora ammesso, che le vie lunghe siano bilaterali, cioè s'incontrano nel cervello nei due emisferi, sicchè basta un emisfero a sostenere la funzione volontaria della vescica.

Considerando dallo schema riferito come si comportano le funzioni vescicali nelle diverse lesioni a focolaj del sistema nervoso.

1.° *Affezioni cerebrali*. Poichè le affezioni a focolai del cervello,

ledono solo un emisfero per lo più, e quindi non colpiscono tutte le fibre partenti dal cervello verso il midollo spinale, avendo detto che le vie lunghe per la vescica sono bilaterali si ha che nelle affezioni cerebrali, escluse le bulbari, d'ordinario non si hanno disturbi vescicali per queste vie lunghe. I disturbi vescicali che s'incontrano nelle affezioni cerebrali si devono riferire solo a disturbi del sensorio; un individuo incosciente lascia sfuggire l'urina, poichè non ha alcuna volontà e predominio sugli sfinteri. Il riflesso vescicale al contrario, anche negli individui deboli di mente è integro; è perciò da notare che nelle lesioni acute gravi a focolaio del cervello (emorragia, rammollimento, ecc.) non si osserva ritenzione di urina che eccezionalmente. Si tratta in quest'ultimo caso o di un'azione deprimente, partendo dal cervello sul detrusore, o rispettivamente di un'azione di eccitamento dello sfintere, o di un' affezione spinale per lo stato generale grave come l' analogo fatto è osservato anche in affezioni gravi di altra natura (tifo).

2.° *Affezioni spinali.* Qui sono da studiare i seguenti fatti: I.° Che il centro vescicale sia colpito; i riflessi allora vescicali sia dello sfintere sia del detrusore mancano, la vescica si comporta come un sacco morto, l'urina gocciola progressivamente, secondo che un più o meno riempimento della vescica sia successo poichè l'uretra allora si apre quando l'urina è dotata di una certa pressione. Si ha quindi incontinenza con ritenzione più o meno spiccata. Il cateterismo rivela l'esistenza di una paralisi volontaria vescicale, manca la resistenza dello sfintere e la vescica si può mediante pressione manuale sul ventre facilmente vuotare. 2.° Il centro vescicale è intatto, la lesione è al di sopra di esso, sono quindi lese le vie lunghe che vanno al cervello, perciò manca più o meno completamente l'influenza della volontà sul vuotamento della vescica, nel caso che l'interruzione delle vie lunghe sia completa come succede nelle ordinarie lesioni trasversali del midollo. L'infermo non si accorge dello stato di riempimento della vescica per cui non ha più su essa influenza volontaria; da ciò si dovrebbe credere che almeno l' attività riflessa della vescica si dovrebbe trovare come nel normale, ma ciò è raro. Eccezionalmente si trova in vero negli individui con lesioni trasversali del midollo al di sopra del cosidetto centro vescicale che la vescica si vuoti di tempo in tempo quando è riempita fuori la volontà dell'infermo, ma in modo del tutto normale si avrebbe la pura enuresi; ma molto più frequentemente gl'infermi soffrono di ritenzione d'urina. La vescica si riempie sempre più fortemente ed infine per la forte tensione di essa lo sfintere diventa insufficiente e l'urina gocciola, si parla quindi d' incontinenza di vescica iper-riempita, incontinenza paradoxa. Il fenomeno proprio della ritenzione in questi casi è sempre più forte che nei casi di lesione del centro vescicale. Si può spiegare ciò coll'ipotesi che nelle lesioni trasverse del midollo al disopra del centro vescicale siano

distrutte colle altre vie lunghe anche le vie paralizzanti lo sfintere cioè β b, per cui in analogia dei casi con esagerati riflessi tendinei si ha un tono elevato dello sfintere e perciò una resistenza maggiore sul detrusore d'onde ritenzione.

3.° *Lesione al disotto del centro vescicale.* Poichè sia le fibre sensitive come le motorie dal centro vescicale decorrano per un certo tratto anche verso giù prima di penetrare nella midolla, così per una lesione a focolaio l' arco riflesso vescicale è solo in parte interrotto l'azione è quindi analoga alla lesione del centro vescicale.

In rapporto alle nostre insufficienti conoscenze sul punto dove i nervi sensitivi vescicali e i motori abbandonano il midollo spinale nell' uomo si dovrebbe pensare che al di sotto del punto in cui la parte periferica (cioè la radice motrice e sensitiva) dell'arco riflesso vescicale sia incontrata dalla lesione a focolaio esiste nel midollo ancora un territorio per la cui lesione la vescica non partecipa, poichè i nervi vescicali hanno già al di sopra abbandonato il midollo. Secondo le esperienze cliniche ciò è impossibile essendo anche i dati fisiologici sul sito del così detto centro vescicale estremamente divergenti, per cui ci dobbiamo attenere alle esperienze cliniche che affermano l'innervazione vescicale nell'uomo incontrarsi fino all'estremo limite del midollo.

4.° *Affezioni periferiche.* Nelle affezioni dei nervi vescicali è diagnosticamente importante che queste raramente s'incontrino e i sturbi da esse affezioni provocati si possono facilmente comprendere.

Sahli (1) è di altra opinione egli dice. I fatti stabiliti sperimentalmente e clinicamente della presenza di un circoscritto centro vescicale ammissibile perchè le distruzioni nel campo della porzione inferiore del midollo spinale dànno luogo ad una completa paralisi della vescica. Questi fatti son capaci d'un'altra spiegazione, cioè coll'ipotesi che l'importanza del midollo lombare per la funzione vescicale consista in ciò che le fibre sensitive e motrici della vescica si stratificano in un ordine compatto all'uscita dal midollo, laddove forse in sopra su di una gran parte del segmento trasverso e longitudinale del midollo si espandono quando anche senza dubbio il più breve arco riflesso, cioè la più corta connessione tra i nervi sensitivi e motori vescicali giaccia nella parte inferiore del midollo, non è perciò escluso che la fine dell' arco riflesso risalga nel midollo e per via risalga anche nel cervello. Il che spiegherebbe facilmente come i focolai unilaterali alcune volte possano disturbare le funzioni vescicali.

Quando si fa questa ipotesi e si mettono in correlazione le funzioni vescicali coll' analogo meccanismo dei riflessi cutanei come dimostra questa figura, allora i disturbi patologici delle funzioni vescicali si spiegono egualmente con il primo schema, e si ha di più il

(1) Sahli. Lehrbuch der Klinischen Untersuchungsmethoden, p. 878, 1899.

pregio di poter mettere fuori giuoco le vie frenatrici per la spiegazione di questi disturbi (Fig. 2.ª).

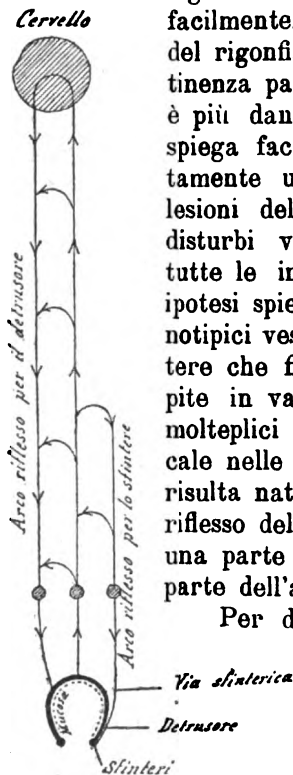
Solo colla ipotesi espressa in questa figura si può spiegare come gli archi riflessi per il detrusore risalgono fin nel bulbo e forse anche nel cervello, laddove il riflesso sfinterico si ferma per corte vie nel rigonfiamento lombare. Con questa supposizione si spiega facilmente, che in tutte le lesioni trasverse al di sopra del rigonfiamento lombare la ritenzione di urina l'incontinenza paradossa si abbia poichè il riflesso del detrusore è più danneggiato del riflesso sfinterico, e ancora si spiega facilmente quando si voglia escludere completamente un circoscritto centro vescicale come nelle lesioni del rigonfiamento lombare stesso anche gravi disturbi vescicali si osservano; essendo distrutte qui tutte le innervazioni centripete e centrifughe. Questa ipotesi spiega ancor meglio le varietà dei disturbi menotipici vescicali per la cui spiegazione si deve ammettere che fibre vescicali di diversa funzione siano colpite in vario grado. La comprensione di come in così molteplici modi può essere leso il meccanismo vescicale nelle affezioni sistematiche come la tabe dorsale, risulta naturale quando si fa convergere per l'apparato riflesso della vescica tutto il midollo spinale ed anche una parte del cervello. Infine è da notarsi che una parte dell'arco riflesso si stabilisce per le vie simpatiche.

Per dimostrare sperimentalmente l'importanza del sistema nervoso sulla produzione della cistite ho istituito diversi esperimenti, sia ledendo il sistema nervoso centrale in diversi punti, sia i nervi vescicali. E v'ha di più in alcuni casi a queste semplici lesioni nervose ho associato inoculazioni in vescica di culture batteriche o di tossine a ciò vedere se il processo infiammatorio si sviluppasse con maggiore intensità, e quindi determinare quanto spetti al sistema nervoso e quanto all'infezione nella produzione della malattia.

Fig. 2.

ESPERIMENTO 43.°. — Ad un coniglio dal pelo nero del peso di 23 gr.: temperatura rettale 38.2 C. con tutte le regole antisettiche praticai una trapanazione dell'osso parietale destro, indi con un cucchiaio tagliente sterilizzato asportai una porzione del lobo medio del cervello per una estensione di 1 centesimo di larghezza e di pochi millimetri di profondità; fu riapplicato il disco osseo dopo aver suturata la meninge, e fu chiusa la ferita cutanea con punti staccati: l'animale rimase depresso dopo l'operazione, ma a poco a poco andò ripigliandosi.

Dopo 3 giorni raccolsi l'urina con ogni cautela antisettica e ne praticai l'analisi chimica e microscopica: il risultato fu negativo, l'urina era normale.

All'esame batterioscopico constatai la presenza di diversi bacilli, ma l'esame culturale dimostrò trattarsi di saprofiti.

Questo esame fu ripetuto diverse volte ma il risultato fu sempre identico al primo.

Dopo 18 giorni uccisi l'animale: enucleata la vescica, fu fissata nel liquido di Müller, e le sezioni furono colorate con ematossilina alluminata; all'esame microscopico non rilevai alcuna alterazione.

Esperimento 44.°. — Ad un coniglio tutto bianco, del peso di 2200 gr. temperatura rettale 38.6 C. con tutte le cautele antisettiche praticai la trapanazione dell' osso frontale destro, con un cucchiaio tagliente sterilizzato asportai una porzione del lobo frontale del cervello per una estensione di 1 centesimo di larghezza, e di pochi millimetri di profondità, fu suturata la meninge riapplicato il disco osseo e chiusa la ferita cutanea. L'animale dopo alcuni giorni si era rimesso dall'operazione. Allora con le solite regole svuotai la vescica, e raccolsi 200 c.c. di urina che esaminata fu trovata completamente normale.

Il 17 luglio mediante una sonda elastica sterilizzata, introdotta in vescica per la via dell' uretra praticai lo svuotamento della vescica, e quindi il lavaggio con acqua sterile; per la medesima canula inoculai 10 c.c. di urina umana concentrata (1000 gr. ridotti a 50 gr.).

Il 18 luglio l'animale stava in perfetto stato di salute, temperatura rettale 38.6 C. L'urina emessa era 120 gr. di colore giallo biancastro, torbida, di odore sui generis, di reazione alcalina, di densità 1014, conteneva tracce di albumina. All'esame microscopico constatai: parecchie cellule epiteliali vescicali polimorfe, non che numerosi cristalli di fosfati e carbonati. L'esame batterioscopico mi fece constatare la presenza di parecchi cocchi, isolati ovvero disposti a gruppi, si coloravano bene con i soliti colori di anilina, la prova colturale mi mostrò trattarsi di saprofiti. Constatai ancora la presenza del *bacterium coli commune*, ma le culture pure di questo microrganismo, non erano dotate di alcun potere patogeno.

Il 19 luglio l'urina emessa era 100 gr. i caratteri erano simili a quelli del giorno precedente, la quantità di albumina maggiore (0.25 $^0/_{00}$ Esbach). L'esame batterioscopico mi dimostrò la presenza dello stesso *bacterium coli commune* quasi in cultura pura. Le sue culture pure inoculate alle cavie nel peritoneo nelle proporzioni di 3 c.c. uccisero l' animale dopo 4 giorni.

Il 20 luglio la temperatura rettale dell'animale era 38.9 C. l'urina emessa era di 160 c.c. i caratteri chimici e fisici erano gli stessi, l' albumina aumentata (1 gr. $^0/_{00}$ Esbach). All'esame microscopico trovai in maggior numero i leucociti e le cellule epiteliali vescicali.

L'esame batterioscopico mi mostrò la presenza del *bacterium coli commune* in stato puro, le colture pure di questo microbo riuscirono patogene per gli animali di controllo nelle proporzioni di 2 c.c. inoculate nel cavo peritoneale.

L'esame dell'urina fu continuato per altri 10 giorni e i risultati furono sempre simili.

Dopo tale lasso di tempo uccisi l'animale ed estratta la vescica fu fissata nel liquido di Müller, le sezioni furono colorate colla solita ematossilina alluminata o con il carminio alluminato. All'esame microscopico notai: L'epitelio diffusamente disquamato e nei punti in cui era conservato si osserva notevolmente ipercromatofilo. In tutti gli strati si osserva accentuata infiltrazione parvicellulare, l'iperemia era spiccata specie nella sottomucosa.

Esperimento 45.°. — Coniglio dal pelo rossastro, del peso di 2100 gr. temperatura rettale 37.9 C. con le solite regole in su esposte praticai la trapanazione del cranio, e scucchiaiai una porzione del lobo occipitale di sinistra. La ferita cicatrizzò rapidamente. Con le solite cautele antisettiche raccolsi l'urina, però all'esame chimico e microscopico la rinvenni normale. Con una sonda elastica sterilizzata introdotta per la via dell'uretra svuotai la vescica, e ne praticai il lavaggio con acqua sterile ripetute volte, poscia v'iniettai per la stessa via 10 c.c. di urina umana putrefatta e filtrata per il filtro di Chamberland.

Il giorno dopo le condizioni dell'animale erano mutate, la temperatura rettale era di 39. C. L'urina emessa 80 c.c. di colore giallo biancastro, di odore nauseante, di reazione alcalina, peso specifico 1012, conteneva albumina (0.50 °/₀₀ Esbach). All' esame microscopico rilevai numerosi leucociti e cellule epiteliali vescicali polimorfe, numerosi cristalli di fosfati e clorurі.
L'esame batterioscopico riuscì negativo.

Dopo 48 ore le condizioni generali dell'animale migliorarono alquanto, la temperatura rettale era 38.7 C.; le condizioni locali peggiorarono, infatti all'esame chimico dell'urina notai: aumentata la quantità di albumina (1.50 °/₀₀ Esbach). All'esame microscopico le cellule epiteliali vescicali ed i leucociti del pari erano in aumento.

Al 3.° giorno l'animale si mostrava nelle medesime condizioni di prima, ed i fatti vescicali infiammatorì erano più accentuati.

Al 5.° giorno uccisi l'animale e praticai l'estirpazione della vescica, che fu fissata nel liquido di Müller e le sezioni furono colorate con la soluzione di ematossilina alluminata. All'esame microscopico rilevai: Desquamazione epiteliale abbastanza diffusa, modica infiltrazione però a chiazze della sottomucosa fatta a preferenza dai linfociti mononucleari, modica iperemia vasale; lo strato muscolare era ben conservato.

Esperimento 46.°. — Coniglio bianco, del peso di 2300 gr. fu sottoposto alla seguente operazione. Fu incisa la cute del dorso, mediante tutte le regole antisettiche, a livello del rigonfiamento lombare, furono tagliati i muscoli e messe allo scoverto le vertebre, allora mediante un bistorì sottile, introdotto per uno dei forami vertebrali laterali fu praticata la sezione trasversale del midollo spinale. Immediatamente dopo l' operazione l' animale emise un grido ed ebbe paralisi completa degli arti posteriori.

Si mantenne in buone condizioni generali per 5 giorni a capo dei quali morì. L' urina raccolta in questo periodo di tempo fu scarsissima; essa era di un colore giallo biancastro, di odore normale, di reazione alcalina, di peso specifico 1012, conteneva minime tracce di albumina. All'esame microscopico constatai la presenza di parecchie cellule epiteliali e numerosi cristalli polimorfi. L'esame batterioscopico mi fece constatare numerosi cocchi e bacilli, però dall'esame culturale potetti assodare trattarsi di saprofiti.

All'autopsia trovai la vescica fortemente dilatata ridotta ad una sottilissima membrana, ripiena di un liquido biancastro. Essa fu fissata nel liquido di Müller le sezioni microscopiche furono colorate con la solita soluzione di ematossilina alluminata. All'osservazione compariva quasi normale appena un lievissimo grado d'iperemia.

Esperimento 47.°. — Coniglio bianco dal peso di 2200 gr. fu sottoposto alla seguente operazione. Fu incisa la cute del dorso, tagliati longitudinal-

mente i muscoli a livello del rigonfiamento lombare, e messe a nudo per un piccolo tratto le vertebre. Allora mediante un bisturì sottile introdotto per uno dei forami vertebrali laterali fu praticata la emisezione trasversale del midollo spinale. L'operazione riuscì completamente, fu suturata la ferita e l'animale rimase con completa paralisi dell' arto posteriore destro, però si rimise completamente dall'operazione e fu ucciso dopo 14 giorni.

Dal giorno dopo l' operazione fino alla morte dell' animale quasi ogni giorno veniva raccolta l'urina ed esaminata dal punto di vista chimico; però essa è stata sempre trovata quasi fisiologica.

All'esame istologico la vescica era normale.

ESPERIMENTO 48.° — Ad un coniglio dal pelo bianco, del peso di 2400 gr. temperatura rettale 38 C. fu fatta una incisione al dorso e tagliati i muscoli, per un limitato tratto fu messa a nudo una piccola porzione della colonna vertebrale, con una pinza osteotoma furono fratturate due vertebre, ed interessato il midollo spinale nella porzione in prossimità del rigonfiamento lombare.

L' animale rimase depresso, con paralisi completa del treno posteriore, dopo 24 ore la temperatura era 39.4 C. rifiutava il vitto. All' esame delle urine constatai: Urina gr. 120 di colore giallo chiara, di reazione alcalina, torbida, densità 1012, minime tracce di albumina. All'esame microscopico si vedevano parecchie cellule epiteliali vescicali, e numerosi cristalli amorfi disposti ad ammassi. All'esame batterioscopico constatai la presenza di numerosi bacilli e cocchi disposti in vario modo alcuni isolati ed altri a gruppi, si gli uni che gli altri si coloravano bene con i soliti colori di anilina, però restavano tutti scolorati con la colorazione secondo il metodo di GRAM. Allo esame culturale potetti assodare trattarsi di microrganismi saprofiti e del *bacterium coli commune*, però le culture pure di questo erano dotate di un lievissimo potere patogeno, tanto che per provocare la morte ad una cavia del peso di 400 gr. v'era bisogno di 4 c.c. di cultura.

Dopo 3 giorni le condizioni dell'animale erano più aggravate, ma l'esame dell'urina fu simile a quello del giorno innanzi.

L' animale morì al 4.° giorno ed all' autopsia trovai: la vescica fortemente distesa piena di urina di colore giallo biancastra. La vescica fu fissata nel liquido di MÜLLER, e le sezioni furono colorate con la soluzione di ematossilina alluminata. All' esame istologico rinvenni un lievissimo stato iperemico delle pareti vescicali.

ESPERIMENTO 49.°. — Ad un coniglio dal pelo rossiccio, del peso di 2400 gr. temperatura rettale 38.4 C. con le stesse norme degli animali precedenti praticai senza interessare la colonna vertebrale la sezione trasversale del midollo spinale a livello del rigonfiamento lombare. L'animale immediatamente dopo l'operazione ebbe paralisi completa del treno posteriore. Allora mediante una sonda elastica completamente disinfettata introdotta per la via dell'uretra svuotai la vescica e praticai il lavaggio con acqua sterilizzata, e per la stessa via feci arrivare nella vescica 10 c.c. di urina umana putrefatta e filtrata per il filtro di CHAMBERLAND.

L'animale dopo 24 ore si mostrava assai depresso, la temperatura rettale era di 39.8 C. rifiutava il vitto, l'urina emessa era in scarsa quantità, di colore giallo rossastro, di reazione alcalina, di densità 1014, conteneva albumina (1 gr. °/₀₀ ESBACH). All'esame microscopico rilevai; la presenza di

numerosi leucociti e parecchi corpuscoli rossi, numerose cellule epiteliali pavimentose vescicali di varia forma, e numerosi cristalli di fosfato e carbonato. L'esame batterioscopico fu negativo.

Dopo 48 ore lo stato generale dell'animale era più grave, l'urina emessa era di 180 c.c. presentava gli stessi caratteri chimici solo l'albumina era in maggiore quantità (2 gr. °/₀₀ ESBACH).

Al terzo giorno l'animale era in condizioni più gravi. L'urina emessa era 150 c.c. e presentava gli stessi caratteri chimici, l'albumina era anche in maggiore quantita (3 gr. °/₀₀ ESBACH). All'esame microscopico si notava un gran numero di leucociti e cellule epiteliali vescicali, qualche corpuscolo rosso e numerosi cristalli di fosfati ed urati.

Al quarto giorno l'animale morì. Estirpata la vescica fu fissata nel liquido di MÜLLER, le sezioni microscopiche furono colorate con la solita soluzione di ematossilina alluminata. All'esame istologico notai: Lieve iperemia e modica infiltrazione parvicellulare delle pareti vescicali, l'infiltrazione era più manifesta intorno ai vasi.

ESPERIMENTO 50.°. — Ad un coniglio dal pelo nero, del peso di 2025 gr. temperatura rettale 38.4 C. praticai mediante l'operazione già detta la sezione del midollo senza interessare la colonna vertebrale. L'animale dopo l'operazione ebbe paralisi degli arti posteriori, qualche giorno dopo si ripigliò, conservando però la paralisi del treno posteriore. Dopo 2 giorni dalla operazione, mediante la solita sonda elastica disinfettata introdotta nella vescica per la via dell'uretra, praticai lo svuotamento vescicale ed il lavaggio con acqua sterile e poi per la stessa via feci arrivare nella vescica 5 c.c. di una cultura pura in brodo di 25 giorni di *proteus vulgaris* e poi filtrata per il filtro di CHAMBERLAND.

L'animale dopo 24 ore era assai depresso, la temperatura rettale era 39.4 C. L'urina emessa era 50 c.c. di colore bianco giallastro, torbida di odore, di sostanza putrefatta, di reazione alcalina, di peso specifico 1012 conteneva albumina (2 gr. °/₀₀ ESBACH). All'esame microscopico rinvenni numerosi leucociti e cellule pavimentose epiteliali vescicali, parecchi cristalli amorfi disposti ad ammassi.

Dopo 48 ore l'animale era morto. Alla sezione trovai i reni fortemente iperemici, la vescica impicciolita e vuota di urina. Essa fu fissata nel liquido di MÜLLER e le sezioni colorate con la soluzione di ematossilina alluminata all'osservazione microscopica osservai: Lieve iperemia delle tuniche vescicali e forte infiltrazione parvicellulare in ispecie localizzata intorno ai vasi.

ESPERIMENTO 51.° — Ad un coniglio di colore bianco, del peso di 240 gr. temperatura rettale 38.6 C. mediante una laparotomia con tutte le regole antisettiche, misi allo scoverto la vescica, isolai completamente i nervi da ciascun lato li recisi, e ne asportai una certa porzione di parecchi millimetri, dopo ciò suturai la ferita.

L'animale non ebbe alcun disturbo, dopo 24 ore raccolsi l'urina emessa 160 c.c. essa era di un colorito bianco sporco, di odore sui generis, di reazione alcalina, densità 1014. All'esame microscopico presentava parecchi leucociti, e numerosi cristalli amorfi disposti ad ammassi. All'esame batterioscopico constatai la presenza di parecchi cocchi, disposti in vario modo, colorabili con i comuni colori di anilina, si scoloravano con la colorazione secondo il metodo di GRAM, l'esame culturale mi mostrò trattarsi di sapro-

fiti. Inoltre rinvenni parecchi bacilli isolati, ovvero disposti a coppie ovvero a catene, colorabili con i soliti colori di anilina, negativo riusciva il metodo di colorazione di GRAM; le ricerche culturali mi dimostrarono trattarsi del *bacterium coli commune*.

Dopo 48 ore la temperatura rettale era aumentata 39.6 C. stava in uno stato assai depresso. Le urine emesse erano 200 c.c. contenevano albumina (1 gr. $^0/_{00}$ ESBACH). All'esame microscopico constatai numerose cellule epiteliali pavimentose vescicali parecchi leucociti, corpuscoli rossi e numerosi cristalli amorfi disposti ad ammassi.

Dopo 3 giorni l'animale morì. La vescica fu asportata e fissata nel liquido di MÜLLER le sezioni microscopiche furono colorate con la solita soluzione di ematossilina alluminata. All'esame istologico notai: Notevole iperemia specie della sottomucosa con forte infiltrazione parvicellulare. L'epitelio era conservato solo in alcuni punti e fortemente scolorato; molte cellule si presentavano addirittura necrotiche. Anche le fibre cellule muscolari erano fortemente ipercolorabili specialmente i nuclei. (Vedi Tavola Fig. 4.a).

ESPERIMENTO 52.°. — Cane nero del peso di 4620 gr. temperatura rettale 38.6 C. mediante una laparotomia fatta con tutte le regole asettiche, messa a nudo la vescica ed isolati i nervi furono recisi ed asportato un pezzo di essi di diversi millimetri. Fu chiusa la ferita addominale e ricoverta con collodion e iodoformio. L'animale si rimise completamente. Fu ucciso dopo 2 mesi.

Durante questo tempo l'urina con tutte le cautele delle altre volte fu raccolta a diverse riprese. Esse erano di un colore giallastro di odore sui generis, alquanto torbide, di reazione acida, di densità 1016, contenevano lievi tracce di albumina (0.05 a 0.30 $^0/_{00}$ ESBACH). All'esame microscopico si rilevava la presenza di pochi leucociti, scarse cellule pavimentose epiteliali vescicali, un gran numero di cristalli amorfi disposti ad ammassi. Questo esame ripetuto parecchie volte fu quasi sempre identico. L'esame batterioscopico fece rilevare la presenza di parecchi cocci e bacilli, i quali si disponevano in vario modo ora isolati ed ora ad ammassi, si coloravano con i soliti colori di anilina, e riusciva sempre negativa la colorazione con il metodo di GRAM; la ricerca culturale mi fece certo trattarsi di saprofiti.

La vescica fu asportata e fissata nel liquido di MÜLLER, le sezioni furono colorate con la solita soluzione di ematossilina alluminata. All'esame microscopico constatai: Lieve iperemia delle tuniche vescicali, infiltrazione parvicellulare localizzata attorno ai vasi.

ESPERIMENTO 53.°. — Ad un coniglio del peso di 2400 gr. di pelo bianco temperatura rettale 38.4 C. con tutte le cautele asettiche praticai una laparotomia, e messa allo scoverto la vescica, isolai da ciascun lato i nervi vescicali, li recisi, e ne asportai dei pezzetti di diversi mm. poscia suturai la ferita, e l'animale si rimise completamente dopo alcuni giorni.

Al 6.° giorno dall'operazione mediante una sonda elastica sterile introdotta nella vescica per la via dell'uretra, praticai lo svuotamento di essa, ed il lavaggio. Per la stessa via inoculai nella vescica 5 c.c. di una cultura di *staphylococcus pyogenes albus*, in brodo, tenuta per 30 giorni, e poi filtrata per il filtro di CHAMBERLAND.

Il giorno dopo l'inoculazione, 18 luglio, l'animale era alquanto depresso,

la temperatura rettale era 39.4 C. rifiutava il vitto. L'urina era 110 c.c. di colore biancastro, torbida, di reazione alcalina, di peso specifico 1010, conteneva albumina (1 gr. $^0/_{00}$ Esbach). Al microscopio constatai numerose cellule pavimentose epiteliali vescicali, parecchi leucociti e corpuscoli rossi nonchè molti cristalli polimorfi disposti ad ammassi.

Il giorno 19 luglio lo stato generale dell'animale era più grave, la temperatura rettale era 39.9 C. L'urina emessa era 85 c.c. presentava gli stessi caratteri fisici chimici e microscopici del giorno precedente, solo l'albumina era in quantità maggiore (1.50 $^0/_{00}$ Esbach).

Il 20 luglio l'animale era in fin di vita, temperatura rettale 40.6 C. La urina emessa era 50 c.c. i suoi caratteri fisici e chimici erano del tutto simili a quelli già menzionati, solo che l'albumina era ancora in aumento (3 gr. $^0/_{00}$ Esbach).

Il 21 luglio l'animale cominciò a migliorare, la temperatura rettale discese a 39.4 C. la depressione non era così accentuata. L'urina emessa era 200 c.c. presentava gli stessi caratteri, solo l'albumina era in minore quantità (1 $^0/_{00}$ Esbach) così pure l'esame microscopico si avvicinava più al normale.

Il 22 luglio l'animale si era di molto ripigliato, la temperatura rettale era 39 C. L'urina 125 c.c. si avvicinava più rl tipo normale, solo l'albumina era ancora presente (0.25 $^0/_{00}$ Esbach).

Il 23 luglio l'animale era quasi completamente rimesso nello stato generale, la temperatura rettale era 38.6 C. L'urina emessa 250 c.c. e l'esame microscopico e chimico mi fece vedere quasi la composizione normale solo che l'albumina era persistente, e così pure i leucociti e le cellule epiteliali vescicali in numero considerevole.

Fino al giorno 27 luglio le condizioni dell'apparato urinario rimasero immutate.

Il 28 luglio l'animale fu ucciso, alla sezione la vescica si mostrava di colorito e grandezza normale. Nella faccia interna al fondo presentava una chiazza della grandezza di un 2 centesimi in forma di un cono colla base verso il fondo della vescica, di natura necrotica come una spessa pseudomembrana, di colore grigio sporco, che spiccava sul colore giallo roseo del resto della vescica (Fig. 3.ª).

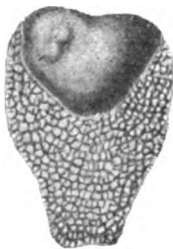



Fig. 3.

La vescica fu fissata nel liquido di Müller e le sezioni furono colorate con l'ematossilina alluminata o con il carminio alluminato. All'osservazione microscopica rilevai: Modica desquamazione epiteliale ed infiltrazione diffusa a tutto il tessuto; notevole iperemia. In alcuni punti specialmente in prossimità della chiazza necrotica esistevano delle vere isole necrotiche con vivissima infiltrazione nelle parti vicine, e qualche volta questa infiltrazione appariva come veri ascessi.

Esperimento 54.°. — Ad un coniglio dal pelo nero del peso di 2450 gr. mediante una laparotomia praticata con tutte le regole asettiche misi a nudo la vescica ed isolai da ciascun lato i nervi vescicali, e li escisi asportandone un piccolo tratto di pochi millimetri di lunghezza, richiusi con diversi piani di sutura la ferita addominale, e medicai con collodion al iodoformio. L'animale in pochi giorni si rimise completamente dall'operazione.

Dopo 8 giorni dall' operazione, mediante una sonda elastica completamente sterilizzata, introdotta per la via dell'uretra, svuotai la vescica e praticai un ripetuto lavaggio con acqua sterile, poi per la stessa via feci arrivare in vescica 10 c.c. di urina umana tenuta a putrefare per 15 giorni e poscia filtrata attraverso il filtro di CHAMBERLAND.

Dopo 24 ore dalla inoculazione il coniglio era alquanto depresso, la temperatura rettale, che era il giorno precedente 38.2 C., arrivò a 39 C., rifiutava il vitto.

L'urina emessa era di 70 c.c. di colore giallo biancastro, torbida di reazione alcalina, densità 1014, conteneva albumina (0.25 $^0/_{00}$ ESBACH). All'esame microscopico rilevai la presenza di parecchi leucociti e cellule pavimentose epiteliali vescicali, non che numerosi cristalli polimorfi disposti ad ammassi.

Dopo 48 ore cioè il 13 luglio l'animale era ancora più depresso, la temperatura rettale era 39.8 C. L'urina emessa era di 50 c.c. presentava i medesimi caratteri chimici e microscopici, però i componenti patalogici erano in quantità maggiore, infatti l'albumina era in proporzioni di (3 gr $^0/_{00}$ ESBACH) così pure il numero dei corpuscoli bianchi, e parecchi corpuscoli rossi, anche le cellule epiteliali vescicali vi si trovavano in gran numero.

Il 14 luglio le condizioni generali dell' animale cominciarono sensibilmente a migliorare, la temperatura rettale discese a 39 C. L'urina emessa fu di 100 c.c. le note di essa si avvicinavano appena al tipo fisiologico, l'albumina vi si trovava diminuita in paragone del giorno innanzi (2 $^0/_{00}$ ESBACH).

Il 15 luglio l'animale era un po' più sollevato nel suo stato generale, la temperatura rettale era 38.6 C. L'urina emessa 150 c.c. essa era identica a quella del giorno innanzi, l'albumina però appena di poco diminuita (1 gr. $^0/_{00}$ ESBACH).

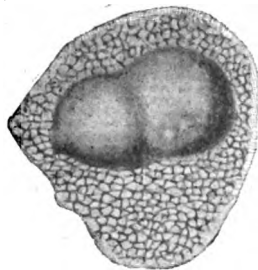
Fig. 4.

Il 16 luglio l'animale era quasi completamente ristabilito la temperatura rettale era 38.4 C. L'urina emessa 200 c.c. conteneva ancora albumina (0.50 $^0/_{00}$ ESBACH) le cellule epiteliali vescicali ed i leucociti vi si trovavano in più scarso numero.

Il 17 luglio il risultato dell'esame delle urine era del tutto simile a quello del giorno innanzi.

Il 18 luglio l'animale fu ucciso. Alla sezione la vescica si mostrava alquanto diminuita di volume; nella parte media del corpo vescica, sulla faccia esterna si notava una chiazza di color grigiastro come una grossa pseudo membrana. Alla faccia interna questa membrana era più chiara, essa era dello stesso colore che alla parte esterna, abbastanza spessa in modo da sporgere sulla superficie della vescica; nel centro questa pseudo membrana era assottigliata che pareva prossima a perforarsi (Fig. 4.[a]).

La vescica fu fissata nel liquido di MÜLLER e colorate le sezioni con l'ematossilina alluminata. All'esame istolologico notai: Considerevole iperemia specie della sottomucosa con forte infiltrazione parvicellulare, l'epitelio conservato in qualche raro punto e fortemente scolorato, molte zone necrotiche assai accentuate. Le fibrocellule muscolari presentavano ipercolorabilità dei nuclei.

*
* *

IV. — Considerazioni.

Per qual via penetrano i microrganismi nella vescica e come vi determinano l'infezione?

Melchior ammette che l'infezione possa verificarsi per 4 vie diverse: 1.° per l'uretra; 2.° per gli organi vicini; 3.° per i reni; 4.° per il sangue, e in 35 casi clinici da lui studiati trova esempi di ciascuna delle vie citate. Che germi nocivi possono penetrare per l'uretra? Pasteur lo dimostrò, ma egli ammise che fossero i germi atmosferici, donde il facile inquinamento degli strumenti; ma per l'infezione prodotta da cateteri sterilizzati si deve pensare a germi patogeni coesistenti nell'uretra stessa.

L'esame batteriologico dell'uretra data dal 1877, e fu compiuto da Lustgarten e Mannaberg (1); questi coll'esame microscopico riscontrarono 10 specie differenti, tra cui notevole un batterio dello smegma simile di forma al tubercolare ed uno pseudo-gonococcus: facendo culture da 2 casi soli sull'agar del secreto uretrale isolarono 11 specie: (1 *bacillo*, 1 *streptococco*, 3 *micrococchi* e 4 *diplococchi*) già note allora, cioè: il *micrococcus subflavus* (Bumm) e lo *staphylococcus pyogenes aureus*.

Gli esami successivi di Rovsing furono informati al concetto, che i batterî decomponenti l'urea avessero importanza nell'etiologia della cistite, cosicchè egli seminò la cultura presa coll'ago di platino dall'uretra in tubi di brodo e vide che l'urea si decomponeva; riuscì così ad isolare dall'uretra quasi tutti i batteri isolati dall'urina da cistite, le specie isolate erano tutti cocchi.

Legrain (2) esaminò lo scolo blenorragico riconoscendo 8 micrococchi, 2 diplococchi e 3 bacilli, tra cui si trovano specie descritte da Bumm, Lustgarten e Mannaberg. Questi batterî esisterebbero nell'uretra sia in condizioni normali che patologiche.

Steinschneider (3) e Galewsky coltivarono poi 4 specie di diplococchi dalle parti posteriori dell'uretra in casi di blenorragia acuta, cronica e nello stato normale. Su quattro specie 2 (un diplococco d'un bianco latteo e uno giallo aranciato identico al diplococcus subflavus di Bumm) sono ospiti ordinari dell'uretra, mentre le altre 2 (un diplocococcus bianco grigiastro e uno color limone) sono meno frequenti, non si colorano secondo il metodo di Gram, all'inverso delle precedenti, che l'assumono.

---

(1) Lustgarten und Mannaberg. Uber die Mikroorganismen der normalen manlichen Urethra (Virteljahresbericht für Dermat. u. Syphilis XIV Jahrg 1888, p. 405.

(2) Legrain. Les microbes des écoulements de l'uréthre. Thèse de Paris 1888-89.

(3) Steinschneider und Galewsky. Zur Differenzirung der Gonococcen. Berlin Klin. Wochenschr. 1890, n. 24. p. 533.

Il lavoro più importante sulla flora batterica dell'uretra normale è dovuto a PETIT e WASSERMANN (1), i quali con semine in brodo e isolamento su piastre isolarono 5 micrococchi, 6 bacilli, 2 fermenti e 2 sarcine; non solo i cocchi ma molti dei bacilli avevano la proprietà di decomporre l'urea, nessuno era fornito di proprietà patogene, mai riscontrarono i microbi della cistite descritti da ROWSING nè gli pseudogonococchi di LUSTGARTEN e MANNABERG.

Da questi risultati si vede quanto varî siano i risultati dei batterî riscontrati nell'uretra sia per la forma (cocchi o bacilli) sia per il potere patogeno (mancandone molti).

MELCHIOR si propose di ricercare quali fossero le forme patogene che vivono nell' uretra e se vi esistessero quelle da lui riscontrate nell'urina di cistiti e vedere infine se i batterî riscontrati da ROVSING nelle cistiti esistessero anche nell'uretra sana. Egli praticò una serie di esami in 6 uomini e 6 donne con uretra perfettamente sana, e, reso sterile il meato e le parti vicine con acqua fenica al 3 °I₀ e lavaggio successivo con acqua bollita, introdusse una candeletta sterilizzata nell'uretra, che dopo essere restata a contatto della mucosa per qualche tempo, fu estratta e introdotta in un tubo con brodo. I tubi furono tenuti nella stufa a 37 C. e dei microbi in essi sviluppatisi ne studiò i caratteri patogeni con inoculazioni sottocutanee e intravenose ai conigli. Le specie isolate furono: 1.° *Bacillo corto radiciforme* di LUSTGARTEN e MANNABERG, molto simile per l'aspetto allo streptococco che prende il GRAM. Sulle piastre di gelatina presenta colonie punteggiate e determina lenta fluidificazione; sull'agar sviluppa lentamente in forma di colonie rotonde grigiastre con centro oscuro, sulla gelatina per infusione si sviluppa da principio in forma di striscia bianca poi si deprime al centro, il brodo s'intorbida senza dare deposito, poco sviluppo nell'urina, niente sulle patate; anerobio facoltativo, sviluppa meglio all' aria, optimum di temperatura è 37 C. non è patogeno. 2.° *Il bacterium coli commune*. Qui è a notare che per MELCHIOR la fermentazione dell' urea con decomposizione dell' urina per mezzo del *bacterium coli commune* è un fatto eccezionale, mentre per HALLÈ (2) è un fatto che avviene di regola. Altri esperimentatori posteriori (KLAMPERER e LEVY (3)) hanno assodato che questo microrganismo possiede in minimissimo grado, la capacità di decomporre l'urina. 3.° *Il coccobacillus liquefaciens urethrae* di LEGRAIN simile per forma e sviluppo allo *streptococcus pyogenes* ma non è patogeno; notevole è la liquefazione ad imbuto nelle culture in gelatina per infissione. 4.° *Il bacillus urethrae non liquefaciens:* che ha forma

(1) PETIT et WASSERMANN. Sur les microorganismes de l'uréthre normal de l'homme (*Annales des mal. des org. gén. urin*, p. 378, 1891).

(2) HALLÈ. Vedi MELCHIOR. Cystite et Infection Urinaire, p. 264.

(3) KLEMPERER e LEVY. Compendio di Batteriologia Clinica tradotto ed annotato da PARASCANDOLO e DE MEIS, p. 91, 1898.

di un cono allungato talora con un rigonfiamento nel mezzo o ad una delle estremità (spore), decompone lentamente l'urea, non è patogeno. 5.° *Leptothrix urethrae:* bastoncini polimorfi, che non si colorano secondo il metodo di GRAM, non liquefanno la gelatina, lasciano un deposito nel brodo intorbidato, non sviluppano nell'urina per lo più anerobio, non patogeno: fu trovato una sola volta. 6.° *Diplococcus candidus urethrae:* si colora secondo il metodo di GRAM, liquefà lentamente la gelatina a forma di cupola, l'urina diventa ammoniacale in 8 a 12 ore ed è anerobio facoltativo, non patogeno. 7.° *Pseudo-gonococcus* diplococchi che per i loro caratteri morfologici si confondono con veri gonococchi, si colorano fortemente col GRAM, non liquefanno la gelatina, l'urina diviene torbida ammoniacale, anerobio facoltativo, non patogeno. 8.° *Staphylococcus urae liquefaciens* di LUNDSTROEM, cocchi rotondi, si colorano facilmente con il metodo di GRAM, liquefanno fortemente e rapidamente la gelatina in forma di anelli concentrici; l'urina diventa alcalina con reazione ammoniacale ed è anerobio facoltativo, non patogeno per inoculazione sottocutanea è intravenosa, per iniezione endovescicale e con ritenzione di urina determina una leggera cistite ammoniacale, è il più frequente batterio riscontrabile in questa località. 9.° *Streptococcus pyogenes:* intorbida a poco a poco l'urina lasciando un deposito filamentoso, opera una lenta decomposizione delle urine, la reazione resta acida. 10.° *Streptococcus liquefaciens urethrae:* si colora col metodo di GRAM, liquefà la gelatina ad imbuto, intorbida l'urina decomponendola lentamente, è più aerobio che anerobio, non è patogeno. 11.° *Sarcina urethrae:* cocchi grossi, colorabili secondo il metodo di GRAM, liquefanno rapidamente la gelatina con aspetto delle colonie giallo zolfo, sull'agar dànno una cultura color limone, nel brodo formano un deposito grumoloso al fondo bianco giallastro; lento sviluppo nell'urina, che solo dopo 5 a 7 giorni si decompone, aerobio a preferenza, non è patogeno.

Riassumendo sono stati isolati in 12 uretre 11 specie diverse di microbi, il che indica la ricchezza della flora batterica; qualcuna delle forme rinvenute è identica a specie riscontrate anteriormente da altri (LUSTGARTEN, PETIT) non mai MELCHIOR ha visto la specie descritta da ROVSING, e tra i batterì al pari di PETIT ne ha visto molti che decomponevano l'urea. Ma il fatto interessante è l'aver rinvenuto forme patogene nell'uretra normale tra cui 3 specie note: il *bacterium coli commune*, lo *streptococcus pyogenes*, lo *staphylococcus ureae liquefaciens*, come microbi della cistite importanti e pericolosi specie il *bacterium coli commune*, il cui reperto nell'uretra normale non era stato ancora da altri descritto. Oggi è stato riscontrato dal BOSELLINI (1) in casi di cistite solo od associato e pare che faccia

(1) BOSELLINI. Il bacterium coli nella cistite dell'uomo (Giornale Italiano delle Malattie Veneree e della Pelle. Fas. V, a. 1899).

assumere alla malattia una fisonomia clinica speciale pel decorso lento e per la prognosi, che deve essere riservata. MELCHIOR insiste ancora sulla presenza di uno *pseudogonococco* che simile per i caratteri microscopici al gonococco se ne distingue per la sua colorabilità col metodo di GRAM, e per la sua cultura negli ordinarì terreni nutritivi.

L'essersi dimostrato che nell' uretra normale vivono frequentemente microbi patogeni spiega, perchè ad onta di ogni precauzione antisettica e asettica le cistiti siano così frequenti. Restava ad assodare se il *bacterium coli*, mai da altri osservato e solo una volta rinvenuto da MELCHIOR nell' uretra normale, potesse esistere anche al di fuori dell'uretra nel prepuzio nell'uomo, e nella vulva e vagina nella donna, e ciò per la sua importanza sulla cistite. Dall'esame accurato fatto da MELCHIOR dei batteri del prepuzio ha rinvenuto in questa località 25 °[o dei casi, oltre ad una ricca flora batterica il *bacterium coli commune* ed una volta lo *staphylococcus pyogenes aureus*, che è un fattore importante oggi della cistite ammoniacale, e lo *streptobacillus anthrhacoides*, che è stato del pari riscontrato nelle urine di infermi affetti da cistiti. Nella vulva poi esisteva il *bacterium coli commune* nella metà dei casi, il che vuol dire in proporzione maggiore che nell'uomo, il che spiega come nelle cistiti il *bacterium coli* si riscontra il 75 °[o nelle donne, e il 59 °[o negli uomini. Ora bisogna considerare che prima d'introdurre lo strumento sterilizzato nelle vie urinarie si praticava una disinfezione attorno al meato, d'ordinario con tamponi di ovatta bagnati nell'acido borico, per cui si rendeva necessario fare queste ricerche batteriologiche, che dopo praticata questa disinfezione, il cui risultato fu sempre uno sviluppo abbondante di culture nei tubi in brodo mai bastò la disinfezione completa ad allontanare o uccidere i microbi che vivono attorno all' uretra, specie il *bacterium coli commune* che è un ospite frequente delle mucose circondanti l'uretra e dall'altro che la disinfezione non basta a distruggerlo d'onde si spiega la sua frequente comparsa nelle cistiti e nelle affezioni delle vie urinarie.

Da questa frequenza di microbi patogeni nell'uretra e parti vicine si comprende con quale facilità un istrumento per sterile che sia possa introdurre l'agente infettante nella vescica; ma se l'introduzione diretta dei batteri bastasse a determinare una cistite, nessun malato sfuggirebbe ad essa col cateterismo, il che non è, poichè sempre ci vogliono certe condizioni a che l' infezione abbia luogo; prima di tutto la ritenzione d' urina e i traumi, per cui le alterazioni della vescica divengono un terreno favorevole all'invasione batterica è cosi che il cateterismo può divenire sorgente facile d' infezione per la suscettività della mucosa vescicale. In 35 casi di cistite menzionati da MELCHIOR in 12 casi si ebbe cistite per il cateterismo praticato a causa di ritenzione; in 3 casi si ebbe la cistite dopo la litotomia, in 2 casi per la cura colle sonde per restringimenti uretrali; in 1 caso

di tumore vescicale canceroso ulcerato si ebbe cistite dopo il cateterismo esploratore. Nei miei 28 casi si ebbe cistite 10 volte per applicazione di catetere; 3 volte per l'uso delle sonde per curare il restringimento, 3 volte in seguito a calcolo operato di litotomia.

Sicchè nei 18 casi di Melchior e nei 16 casi miei la patogenesi è chiara, l'elemento infettivo è venuto dal di fuori per gl'istrumenti introdotti in una vescica in condizioni morbose, per difficoltà allo svuotamento dell'urina la mucosa vescicale stessa era in uno stato di forte iperemia con lesione epiteliale. Quindi i batterî facilmente hanno svolto la loro azione patogena. In 2 casi di Melchior i batteri si erano introdotti dall'uretra non essendovi stata penetrazione di strumenti; si trattava di stenosi multiple e tenaci, che non facevano uscire l'urina che a goccie, in tali casi è presumibile, per eccesso di lavoro imposto alla vescica, che questa modificasse la sua nutrizione e ipertrofizzasse la musculatura, d'onde condizione all'attecchimento dell'infezione. Anche da me sono stati osservati 3 casi simili. I batteri in questi casi s'introducono nella vescica poichè come è dimostrato, ab antico, dietro il restringimento si stabilisce un processo flogistico che man mano si diffonde alla mucosa vescicale in cui i batterî trovano un terreno fertilissimo. Hallé e Wassermann (1) hanno visto che l'uretra ristretta sclerosata forma una cavità reale limitata da pareti rigide, che diventa un serbatoio settico, in cui s'accumulano secrezioni e germi, e queste condizioni patologiche spiegono agevolmente l'infezione vescicale spontanea d'origine uretrale nella stenosi. Rovsing ha poi proposto un'altra teoria per spiegare l'infezione vescicale nelle stenosi, egli ammette un rigurgito d'urina nella vescica per il rimbalzo che subisce di contro al restringimento, l'urina rigurgitata trasporta nella vescica microbi decomponenti l'urea che han sede nell'uretra prostatica, benchè questa teoria non sia ben fondata, il che l'ha già dimostrato Saxtorph (2) pure può in certe condizioni spiegarci una cistite.

Infine nei casi studiati da Melchior vi sono 5 di essi che a suo dire sono d'origine uretrale, ma formano una classe a parte poichè senza nessuna causa anormale dell'uretra si son determinate. Anche nelle mie osservazioni ho riportato 2 casi simili; ne sfugge il rapporto etiologico; questi casi criptogenetici meritano un esame accurato.

Una quistione interessante a risolversi è, se la vescica dell'uomo sano sia chiusa all'uretra, formante lo sfintere vescicale la barriera insormontabile ai batterî. Questo fatto è risoluto positivamente dalle osservazioni di Pasteur che l'urina normale è priva di batteri e può restare asettica per anni; a lui si associarono colle loro osservazioni

---

(1) Hallé e Wassermann (*Annales génit. urin.* 1891 et 1894).
(2) Saxtorph (*Hospitals Fidende* 1889, n. 45, p. 1190).

LISTER (1), MEISNER (2), ROBERTS (3), CAZENEUVE e LIVON (4), LEUBE (5), WYSSOKOWITSCH (6) e MELCHIOR. Le osservazioni sugli animali si accordano alle cliniche, infatti la resezione del midollo, che determina la ritenzione lascia l'urina asettica fino alla morte dell'animale, le esperienze cliniche di casi cronici di prostatici e stenosi uretrali con ritenzione di urina e di incontinenza fan constatare l'urina sterile. Ciò si avvera sempre nell'uomo, ma nella donna bisogna considerare la differenza anatomica, l'estensione minima dell'uretra con considerevole larghezza, il contatto perpetuo con secrezioni vaginali, e infine la debolezza dello sfintere, per cui è possibile che microbi uretrali possano penetrare per l'uretra nella vescica; questa possibilità diventa appunto probabilità per i 5 casi di cistite notati da MELCHIOR e per i 2 miei casi, cioè che batterii dalla vulva e vagina, dall'uretra infettano la vescica, questi casi si sono verificati nelle donne, e su 35 casi di MELCHIOR, solo in 5 si trattava di donne, per cui non si può negare l'influenza del sesso che ha reso possibile l'infezione uretrale.

In vero non si sarebbe potuto trattare che di altre 3 vie d'infezione, o ematogene, ma nessun fatto, nessun sintoma febbrile. Gli esami negativi di sangue fanno escludere a priori questa via d'infezione. Si sarebbe potuto trattare d'apertura d'un ascesso in vescica o d'infiammazione di parti vicine (uretriti croniche, endometrite) diffusesi alla vescica, ma entrambe si debbono escludere; resta allora un'ultima possibilità d'infezione dai reni, ma gli esami ripetuti furono negativi e l'autopsia l'escluse, quindi l'infezione si avviò dall'uretra.

Che l'uretra sia una via facile d'infezione per la vescica è ammesso da lungo. DUCLOUX (7), LÈPINE (8), BERLIOZ (9), esprimono un simile concetto, concludendo sulle condizioni favorevoli per lo sviluppo batterico dell'uretra in particolare femminile, per cui una lieve causa accidentale diventa l'occasione alla penetrazione dei batterì coltivatisi in essa uretra nella vescica. ALBARRAN (10) HALLÈ (11), e prima GUYON (12), esprimono la facoltà di cistiti sine causa nelle donne per la spontanea penetrazione di batterì in vescica dalla vagina o vulva. GUYON (13), rileva l'esclusività dell'infezione spontanea

---

(1) LISTER. Transactions of the royal Society of Edinburgh 1874 75.
(2) MEISNER. Deutsche Ztschr. f. Chirurgie Bd XIII 1880, p. 353.
(3) ROBERTS. Philosophical Transaction 1874.
(4) CAZENEUVE et LIVON. Revue mensuelle de méd. et de chir. 1877, p. 733.
(5) LEUBE. Zeitschr. f. klin. Médecin 1881. Bl III, p. 237.
(6) WYSSOKOWITSCH. Zeitschr. f. Hyg. Bd I, 1886.
(7) DUCLOUX. Encyclopédie chimique. Microbiologie.
(8) LÉPINE. Notes additionnelles à la traduction de BARELS. Les maladies des reins, p 630.
(9) BERLIOZ. Passage des bactéries dans l'urine (Thèse de Paris 1887).
(10) ALBARRAN. Etude sur le rein des urinaires (Paris 1889).
(11) HALLÉ De l'infection urinaire (Ann. des maladies des organes génito-urinaires 1892).
(12) GUYON. Leçons cliniques sur les affections chirurgicales de la vessie et de la prostate (Paris 1888, p. 720).
(13) GUYON. Pathogénie des accidents infectieux chez les urinaires (Annales des mal. gén urin. 1892, p. 331).

nella donna, laddove un' uretra patologica è frequente nei due sessi. FURBRINGER (1), è dello stesso avviso. Ma vi abbisognano le condizioni che rendono recettiva la vescica all'invasione spontanea batterica nei 5 casi di MELCHIOR, queste non sono mancate. Si sa l'influenza che l' utero esercita sugli organi vicini durante le regole. si notano disturbi della minzione, che talora si ripetono costantemente all' inizio e cessano alla fine del periodo mestruale, così anche una cistite cronica può riacutizzarsi, ma estinta risorgere; egualmente la menopausa e la gravidanza hanno grande influenza sulla vescica. Numerosi sperimentatori hanno notato minuziosamente questi fatti tra cui WEST e DUCEAN (2), CIVIALE (3), BERNARDET (4), BARIÉ (5), BARNES (6), PLAYFAIR (7), MONOD (8), TERRILLON (9), HACHE (10), BOISSARD (11), GUYON (12), dice: che in presenza di una donna con disturbi urinarî a patogenesi oscura bisogna investigare le condizioni dell'utero. Ora nei 5 casi citati da MELCHIOR e da me esisteva, in quelli di MELCHIOR, endometrite cronica, in 1 caso l' inferma aveva da 15 anni prolasso vaginale. Negli altri casi bisogna vedervi l'influenza del deperimento della nutrizione, che per la presenza di batterî in un punto venuto meno le condizioni generali di resistenza dell'organismo vi proliferano e dànno sviluppo all'infezione così è per la tubercolosi così per la cistite in donne depauperate, in vero nei 2 casi residuali di MELCHIOR le inferme erano in preda a tubercolosi e sarcoma. Nei casi da me studiati, in due si trattava di endometrite, ed in altre di cattive condizioni generali. Sicchè conchiudendo in questi casi l'infezione può venire dall'esterno, sia direttamente per l' introduzione di strumenti, sia per propagazione di infiammazione esistente dell'uretra posteriore, sia per invasione di microbi patogeni per la via uretrale

---

(1) FURBRINGER. Die Krankheiten der Harn und Geschtechtsorgane Wredens Sammlong 1884, p. 227.

(2) WEST et DUCEAN. Diseases of women (London 1879, 4.ª édition, p. 591).

(3) CIVIALE. Traité pratique des maladies des org gén. urin., parte III 1860, p. 4[illegible].

(4) BERNARDET. Du catarrhe de la vessie chez la femme réglée 1885.

(5) BARIÉ. Etude sur la ménopause 1877.

(6) BARNES. (The Lancet 1875).

(7) PLAYFAIR. (Transactions of the obstétritical society of London 1871, p. [illegible]).

(8) MONOD Etude clinique de la cystite chez la femme, considérée spécialement dans ses rapports avec la grossesse et l'accouchement (Ann. de gynécologie 1880).

(9) TERRILLON. Cystite survenant au debut de la grossesse, etc. (Bull de la soc. de chirurgie 1880, p. 184).

(10) HACHE. Étude clinique sur les cystites 1884.

(11) BOISSARD. Etude sur les troubles de la miction se rattachant aux divers états physiologiques et path. de l'utérus 1883.

(12) GUYON. Aff. chir. de la vessie, p. 784.

(Continua).

R R. Spedali Riuniti di Pistoia

Secondo contributo allo studio delle indicazioni

DELLA

SPLENECTOMIA NELLA SPLENOMEGALIA MALARICA

OSSERVAZIONI

SOPRA NOVE SPLENECTOMIE

ESEGUITE DAL DOTT. A. NANNOTTI
Docente di patologia chirurgica. Chirurgo primario dello Spedale

Sciogliendo l'impegno preso in una precedente pubblicazione (1), espongo oggi i resultati delle nuove e numerose osservazioni cliniche fatte, durante la mia dimora a Grosseto, sul tumore splenico da malaria, allo scopo di apportare un più valido contributo allo studio dell'indicazioni dell' intervento chirurgico.

Il ricco materiale clinico di cui ho potuto disporre mi ha offerto l'opportunità di praticare nove splenectomie, sulle quali credo mio dovere riferire dettagliatamente.

Avrei potuto facilmente raggiungere un numero di operazioni di gran lunga maggiore, se non mi fossi imposta una rigorosa prudenza, di cui oggi più che mai mi compiaccio, nell'operare.

Confesso però di essermi trovato spesso imbarrazzato, di fronte ad alcuni tumori splenici da malaria, a decidere se fosse eccessivamente prudente l'attendere, o precipitoso l'agire chirurgicamente; e questo imbarazzo non diminuiva in me nè facendo appello ai nostri migliori trattati di Chirurgia, e tanto meno consultando le varie e belle monografie scritte sull' argomento, dalle quali traspare tale una diversità di apprezzamento sulle indicazioni della splenectomia che, mentre per alcuni il tumore splenico da malaria non dovrebbe essere che eccezionalmente remosso, per altri basta sorprendere una milza appena appena ingrossata e dislocata dalla sua posizione normale, per sentirsi autorizzato a procedere immediatamente alla splenectomia.

Non sono tracsorsi molti anni dacchè il Pèan, nel suo trattato dei

(1) Nannotti. Contributo allo studio delle indicazioni della splenectomia nella splenomegalia malarica. Policlinico Vol. IV C. 1897.

tumori addominali, così si esprimeva a proposito della estirpazione della milza «... nous pensons qui il ne faudrait pas tènter l'exstirpation de la rate chez una paludique. Extirper chez l'homme la rate hypertrophiée ou atteinte de tumeurs diverses, c'est là une de ces temeraires entreprises que l'on ose a peine qualifier de chirurgicale... ». Più recentemente il Nicolai, il Lokoloff, hanno creduto che l'ipertrofia secondaria della milza, qualunque ne sia la causa determinante dovesse essere scartata dalla lista delle indicazioni della splenectomia. Anche il Marchand e il Quènu ed in ultimo Olgiati nella sua tesi del 1896, hanno concluso che la splenectomia nella splenomegalia malarica, stante la sua eccezionale gravità, debba essere riserbata unicamente a qualche caso speciale.

Jonnesco invece nella sua prima pubblicazione, incoraggiato dai brillanti successi ottenuti, sostiene che nella cachessia malarica complicata da ipertrofia splenica, il solo trattamento possibile, quando i mezzi medicamentosi non hanno corrisposto, deve essere la splenectomia.

E qui potrei moltiplicare i giudizi espressi da tanti autorevoli scrittori, per mostrare quale contrasto regni tuttoggi fra i chirurghi nel pronunciarsi intorno alle precise indicazioni della splenectomia che, ad onta dei meravigliosi progressi della tecnica operatoria, resta pur sempre una operazione grave e pericolosa.

Lasciando di fare la storia della splenectomia che rimonta ad un epoca molto remota e di cui si occuparono già diffusamente il Dandolo e il Gangitano, ricorderò come dalla statistica di Martino si abbia una mortalità del 64,20 % da quella di Philippof e Kusuetzoff il 59.5 %, da quella di Trombetta 57,7 % e da quello di Sappelli, riportata dal Ceci il 51,6 %. E da notarsi per altro che nei casi riferibili alle precedenti statistiche, il maggior contingente di mortalità fu dato dagli operati di leucemia splenica, e che oggi per questa affezione nessun chirurgo sarebbe autorizzato a intervenire colla splenectomia ma, pur limitando l'osservazione ai soli casi di ipertrofia splenica da malaria, resta sempre secondo il Sappelli l'alta mortalità dal 55 %.

In questi ultimi anni, specialmente per opera dei chirurghi italiani, come ben dice il Ceci, l'estirpazione della milza ha dato risultati imcomparabilmente migliori. Nella statistica delle splenectomie fatte in Italia, raccolta dal Gangitano nel 1863, spogliando i casi riferibili all'ipertrofia malarica di milza si osserva come la percentuale di mortalità sia ridotta al 27 $^1/_2$ %.

Il Tricomi nella sua brillante e ricca statistica personale, mentre non oltrepassa il 7 % di mortalità, nell'insieme delle splenectomie praticate per malattie diverse, raggiunge appena l'11 % nei casi di milza malarica. Jonnesco però, che nei primi sei casi da esso pubblicati nel *Progrès médical* aveva una mortalità del 16 %, pur trat-

tandosi di casi clinici gravi e difficili, nelle successive splenectomie per milza malarica è salito rapidamente ad una mortalità del 34 °|o.

Per questa variabilità di risultati non credo si debba dare troppo valore all'abilità tecnica dei singoli operatori piuttostochè alla varietà dei casi clinici, ed alle peculiari condizioni del tumore splenico.

La statistica della splenectomia nella splenomegalia malarica, se vuol essere esatta, non deve essere esclusivamente basata sulle speciali condizioni del tumore, sul suo volume maggiore o minore e sul grado di sua mobilità; ma deve fondarsi principalmente sullo stato delle condizioni generali del paziente, sulle condizioni di altri organi e specialmente sull' esame del sangue e del fegato che non restano mai inalterati nella infezione cronica palustre.

Soltanto con questa razionale classificazione si potrà dare alla statistica il suo giusto valore; e soltanto da una statistica fedele e sincera si potrà calcolare l' importanza e la gravità di una operazione, tanto discussa, nei singoli casi.

L' incertezza della casistica da un lato, la grave percentuale di mortalità da un altro, le disparate opinioni degli autori, le molteplici prescrizioni terapeutiche, coi possibili frequenti vantaggi ottenuti dalle cure mediche, infondono nell'anima del chirurgo coscienzioso ed onesto una tal preoccupazione, da rendere l'opera sua talvolta riservata ed incerta.

A tracciare meglio i confini entro i quali può aggirarsi il chirurgo, io, convinto che l'argomento meriti ancora una seria discussione, profittando del materiale clinico abbondante di cui poteva disporre, mi son dato a studiare metodicamente il tumore splenico da malaria nelle sue varie modalità, nei suoi periodi di accrescimento e di involuzione, nei suoi rapporti collo stato generale dell' infermo, mettendo poi in opera tutte le cure mediche ritenute più opportune ed efficaci.

Senza occuparmi dei casi di splenomegalia malarica, con l'infezione malarica in pieno sviluppo, che sono indiscutibilmente di spettanza del medico; io mi son fermato soltanto allo studio di quei casi in cui la splenomegalia è accompagnata da un certo grado di cachessia malarica ed a quelli nei quali, pur persistendo il tumore splenico, l' infezione malarica si direbbe spenta da un pezzo per l' assoluta assenza di manifestazioni febbrili, per le condizioni generali del paziente relativamente buone, per l'esame citometrico del sangue assai confortante.

Dopo aver preso nota delle condizioni generali dell' infermo, del volume e dei rapporti del tumore splenico, dell'esame del sangue e e di tutti gli alti sintomi subiettivi ed obiettivi che potevano interessare, presi a sperimentare l'azione dei varii medicamenti, usando principalmente i sali di chinina, i preparati arsenicali e ferruginosi tanto per via interna come per via ipodermica, le iniezioni jodio-

jodurate alla DURANTE, l'ergotina, l' idroterapia ed i revulsivi locali. Furon fatte anche alcune prove coll'organoterapia ma esse non mi condussero ad alcun pratico resultato.

Il MOSLER nel suo classico lavoro sulle malattie della milza considera il chinino come il più efficace e sicuro rimedio contro la malaria.

Da BEORCHIA NIGRIS furono tentate le iniezioni parenchimatose di sali di chinina, e BATTISTINI nei suoi *Rimedi Nuovi* consiglia le iniezioni, pure parenchimali di fenocolla; ma ricerche ulteriori hanno dimostrato, come ben riteneva il MURRI, che queste iniezioni agiscono sul parenchima splenico soltanto per la loro azione irritante locale, producendo come ultimo effetto, un nucleo di tessuto cicatriziale nel punto della iniezione. A me non è piaciuto tentare nessuna prova colle iniezioni parenchimatose, perchè francamente non sono convinto della loro innocuità e tanto meno della loro efficacia. Volentieri avrei esperimentate invece su più larga scala le iniezioni jodio-jodurate alla Durante, che hanno dato risultati così incoraggianti al PARONA, se non avessi lasciato Grosseto e mi fosse quindi venuto a mancare il materiale necessario.

Il mio studio si è esteso a molti ammalati, scelti tra coloro che si presentavano con tumore splenico assai voluminoso, con un certo grado di deperimento organico, accompagnato da lievi ed incostanti manifestazioni febbrili. Il trattamento curativo fu protratto per varî mesi, incominciando con una somministrazione quotidiana intensiva dei varî medicamenti per finire con una somministrazione più blanda, saltuaria od anche regolarmente alternata.

Ciò premesso espongo sommariamente le storie cliniche di alcuni casi tipici, tralasciando di occuparmi di quelli che non ho potuto seguire per un tempo sufficiente a stabilire i reali vantaggi delle cure intraprese.

OSSERVAZIONI.

Primo Gruppo.

In questo primo gruppo sono compresi alcuni malati che furono curati colla quotidiana somministrazione, per via gastrica, di preparati arsenicali e di chinina (liquore del Fowller — bisolfato di chinina, mistura di BACCELLI — pozione FEDERICI) aggiungendo alla cura interna una frequente revulsione locale con spennellature di tintura jodica. La cura venne praticata per un periodo di tempo, non inferiore ad un mese, nello spedale, sotto la diretta vigilanza mia o dei colleghi medici di turno, e continuata poi saltuariamente a domicilio dagli stessi ammalati i quali, non è da credersi fossero sempre, o per inerzia individuale o per deficienza di mezzi, fedeli osservatori delle prescrizioni mediche ricevute.

1.° P. T. di Montepescali. Contrasse la prima infezione malarica da bambino, ebbe delle soste di varii anni, alternate col ritorno di accessi febbrili in alcune stagioni estive. È sempre vissuto in luogo eminentemente malarico, e ha fatto largo uso di preparati di chinina.

Fu ricoverato nello Spedale di Grosseto nel Gennaio 97, con un tumore splenico, che occupava costantemente i due terzi della cavità addominale, e con un certo grado di cachessia complicato da una frequente comparsa di leggeri accessi febbrili. Si lagnava di una molesta sensazione di peso al basso ventre, e di frequenti trafitture all'ipocondrio sinistro, per cui talvolta riuscivagli anche difficile di eseguire una profonda inspirazione.

Fu iniziata metodicamente la cura sopraindicata. Dopo 30 giorni l'infermo appariva migliorato nelle sue condizioni generali, ma le condizioni del tumore splenico si conservavano identiche; soltanto dopo due mesi di cura la milza apparve meno dura e meno dolente alla pressione. Il paziente, che era impiegato ferroviario, potè, coi miei certificati, ottenere il trasloco per Massarosa, località saluberrima, ove continuò per molto tempo la cura dei preparati ferruginosi ed arsenicali prescrittigli. Lo rividi dopo 11 mesi e non solo lo trovai sostanzialmente cambiato nelle sue condizioni generali, ma anche il tumore splenico erasi ridotto nei limiti del quadrante addominale superiore sinistro, e le atroci sofferenze eransi ridotte a una sensazione molesta di stiramento all'ipocondrio sinistro. Nell'estate del 1898 ebbi ulteriori notizie, dalle quali risultava che lo stato generale era ottimo e che la milza, per quanto si palpasse chiaramente, non impediva per nulla al paziente di attendere alle sue faticose occupazioni.

2.° P. N. di anni 38 di Treppio, dimorante da soli 4 anni in maremma, fu accolto allo spedale di Grosseto nel Gennaio 1897 con un tumore splenico che occupava i due quadranti addominali di sinistra, sorpassando in alcuni punti anche di quattro dita trasverse la linea xifo-pubica. Aveva contratta l'infezione malarica nell'estate del 1894; ebbe delle lievi soste di miglioramento, ma non potè mai considerarsi completamente guarito, forse perchè non ebbe i mezzi nè la costanza di continuare la cura opportuna, vivendo costantemente nel più grave disagio economico. Al momento di iniziare la cura, gli accessi febbrili si presentavano abbastanza rari, ma il tumore splenico provocava tali sofferenze a tutto l'addome, e specialmente all'ipocondrio sinistro, da impedire al paziente di attendere alle ordinarie sue operazioni di zappaterra.

Trascorso un mese di cura, oltre al miglioramento dello stato generale, subito si manifestarono i primi segni di riduzione del tumore splenico, con diminuzione dei disturbi locali. Continuando la cura, dopo 4 mesi la milza oltrepassava appena i limiti del quadrante addominale superiore sinistro e dopo 14 mesi debordava dall'arco costale per 6 cent. lungo la emiclaveare, e per 4 cent. lungo il prolungamento delle mamillare.

Dopo quell'epoca seppi che il malato aveva ripresi i suoi lavori faticosi, e forse considerandosi perfettamente guarito non credette più opportuno tornare alle mie consultazioni. *(Continua).*

Istituto di Clinica chirurgica della R. Università di Pisa
diretto dal Prof. A. CECI

SOPRA UNA FORMA RARA DI ECHINOCOCCO DELL'OMENTO

CON

DISSEMINAZIONE A TIPO DI PSEUDO-TUBERCOLOSI PERITONEALE

PEL

Dott. GIUSEPPE TUSINI

Ajuto, Docente in Patologia chirurgica e Medicina operatoria

Le cisti d'echinococco dell'omento e del peritoneo concomitanti a cisti specialmente del fegato e della milza o secondarie alla rottura di esse nella cavità dell'addome, sono frequentissime nei bruti. Molto meno numerose, sono pur tuttavia ben conosciute anche nell'uomo ed alle varie osservazioni cliniche ed anatomo-patologiche si sono aggiunte negli ultimi tempi alcune ricerche sperimentali condotte dall'ALEXINSKY (1) nell'intento di conoscere le modalità di moltiplicazione e di sviluppo delle cisti cadute nel peritoneo per rottura di grosse cisti dei visceri addominali.

Nella ricca letteratura che ho avuto occasione di scorrere sull'argomento, non mi sono però mai incontrato in un caso che per la speciale fenomenologia clinica in rapporto alle interessanti particolarità anatomo-patologiche, fosse uguale a quello da me osservato in Clinica chirurgica sopra una malata la cui storia clinica è la seguente.

Maria Domenica Pecchia maritata Zucchelli, di anni 51, da Castellina Marittima, entra nella Clinica chirurgica di Pisa il 10 maggio 1897. L'inferma perdette il padre vecchio di 80 anni e la madre sua morì a 75 anni per febbre malarica.

La paziente all'età di 7 anni ebbe la scarlattina di cui in breve guarì senza postumi. Mestruò a 14 anni e poi sempre regolarmente fino a 45 anni, allorchè cominciò a soffrire di profuse metrorragie che le durarono per circa tre mesi. Negli anni successivi con intervalli di circa 7-8 mesi le emorragie si ripetettero e cessarono soltanto dopo un raschiamento dell'endometrio praticatole nell'Ospedale.

(1) F. P. ALEXINSKY. Experimentelle Untersuchungen über die Verimpfung des multiplen Echinococcus in der Bauckhöle. *Arch. f. kl Chir. Bd. 56.*

Ebbe cinque gravidanze a termine ed i suoi cinque figli sono tutti viventi e sani. Nell'agosto scorso si verificò la menopausa senza disturbi di sorta.

Un mese circa dopo l'inferma principiò a lamentarsi di dolori all'addome che essa paragona allo stringer di una morsa all'epigastrio. Tali dolori rimasero sempre circoscritti a questa regione. Contemporaneamente aveva avuti conati di vomito frequenti, anoressia e febbre serotina che a detta dell'inferma doveva essere stata abbastanza alta ed accompagnata da profusi sudori notturni.

Nell'ottobre, 2 mesi quindi dopo l'inizio sensibile della malattia, l'addome cominciò a tumefarsi e andò sempre aumentando lentamente ma progressivamente di volume fino a raggiungere le proporzioni attuali. Non accusò mai dolorabilità alcuna alla pressione addominale, soltanto l'inferma avvertiva nei vari movimenti del corpo come rumore di diguazzamento.

Nel marzo scorso le furono applicati vescicanti sull'addome senza alcun effetto. In tutto questo tempo andò deperendo ma non eccessivamente, per cui cessati i conati di vomito e fattasi più rara e meno alta la febbre, l'inferma ricoverò nella Clinica chirurgica di Pisa.

Esame obbiettivo. — La paziente è di conformazione e di sviluppo scheletrico regolare; la pelle è di un colorito roseo-paglierino molto pallido, è sollevabile in larghe pliche e provvista di scarso panicolo adiposo sottocutaneo; le masse muscolari sono piccole e poco valide, le mucose visibili leggermente rosee.

All'ispezione si nota che il ventre di volume assai cospicuo è egualmente sfiancato da ambo i lati e sotto la cute si disegna una rete venosa molto appariscente. L'ombellico è alquanto prominente e la linea alba discretamente pigmentata. Nei quadranti inferiori si hanno antiche smagliature gravidiche e molteplici traccie di applicazioni vescicatorie su tutto l'addome. Esiste una pleiade inguinale linfatica discretamente ingrossata da ambo le parti. La linea xifo-pubica è di cm. 41; la ombellico-pubica di cm. 19; la xifo-ombellicale di cm. 22. Dalla spina iliaca anteriore e superiore all'ombellico si hanno cm. 23 $^1/_2$ tanto a destra che a sinistra.

Circonferenza a livello dell'ombellico . . . . . cm. 92
» a metà della linea xifo-ombellicale . cm. 85

Alla palpazione il ventre si presenta molle, cedevole, non dolorabile e si percepisce un distinto senso di fluttuazione. Alla percussione si nota una grande zona di ottusità spostabile colle varie posizioni che si fanno assumere all'inferma.

Nella posizione supina l'ottusità disegnasi a leggera concavità superiore così che sulla linea mediana comincia subito al di sotto dell'ombellico; sulla papillare prolungata è a livello della circolare ombellicale; sull'ascellare anteriore è a 2 cm. al di sopra della circo-

lare ombellicale; sulle ascellari posteriori si continua coll'ottusità epatica a destra e a sinistra coll'ottusità della milza.

Nella posizione seduta l'ottusità risale anteriormente di 4 cm.: sul decubito laterale sinistro si ha suono timpanico sul fianco destro ed in posizione laterale destra si ha suono timpanico a sinistra, mentre che in posizione supina si aveva suono ottuso su tutti e due i fianchi.

Il limite superiore del fegato è normale ed il margine inferiore del viscere non deborda dall'arcata delle coste; la milza trovasi alquanto ingrandita e nel decubito laterale destro sporge un poco al disotto dell'arco costale. Gli apparecchi respiratorio e circolatorio sono integri. Le urine sono normali.

Diagnosi: Probabile peritonite tubercolare.

Operazione (13 maggio). Cloroformonarcosi. Il Prof. Ceci fa sulla linea alba un'incisione di cm. 20, profonda fino al peritoneo, comprendente la cicatrice ombellicale che estirpa. Aperta quindi la cavità addominale, fuoriesce una quantità enorme di liquido torbido, in cui stanno sospesi numerosissimi fiocchi bianchi grigiastri di aspetto fibrinoso, di varia grossezza.

Dal fondo pelvico si estraggono masse molto cospicue di tessuto di aspetto necrotico frammiste a brandelli di membrane vitree, trasparenti, friabili e due piccole cisti di echinococco intere ma opache, giallastre e vuote. Sgombrato il cavo peritoneale del liquido e delle masse libere in esso contenute, si trova il peritoneo quasi tappezzato da una specie di membrana involgente anche i visceri addominali e costituita da un tessuto lardaceo con molti e piccoli brandelli grigio giallastri, friabili, come di sostanza caseosa.

In alto essa si continua col margine epatico ed una piccola parte della superficie inferiore posteriore del fegato forma la vôlta di questa specie di sacco, la cui parete posteriore, molto frastagliata, è costituita dallo stomaco, dai residui omentali, dalle anse intestinali collegate tenacemente fra loro da larghe e solide briglie fibrino-lardacee che stendendosi in basso sugli organi pelvici formano il fondo del sacco stesso per andarsi poi a ricongiungere colla parete anteriore prima descritta.

Alla parete posteriore aderiscono masse di varia forma e grandezza, tutte di un colorito grigio-giallastro; alcune di esse più cospicue si continuano evidentemente coi residui omentali di cui sembrano altrettante frangie assai grosse; altre più esigue si raccolgono nelle anfrattuosità formate dalle molteplici flessure intestinali, come altrettanti depositi fibrinosi. Così pure al fondo pelvico, già sgombrato dalle grosse masse libere anzidette, aderiscono brandelli di tessuti in tutto simili ai precedenti.

Compiuta una nettezza assoluta del cavo esportando tutte le masse grigie aderenti, si tenta in due punti di togliere la membrana di neoformazione, ma si trova aderentissima alle pareti intestinali ag-

grovigliate che sanguinano facilmente, per cui giudicasi imprudente insistere in qualsiasi ulteriore tentativo di decorticazione, si fa invece uno zaffamento provvisorio completo della cavità addominale con garza iodoformizzata e, resecate due larghe falde peritoneali anteriori eccedenti, si procede alla sutura addominale a strati muscolare, aponeurotico e cutaneo, arrestandola a tre dita trasverse sopra l'angolo inferiore dell'incisione. Vien allora sostituito lo zaffamento provvisorio con un tamponamento pelvico addominale fuoriuscente dall' estremo inferiore della ferita, ai margini della quale si pongono dei punti in seta a tutto spessore da stringersi 48 ore dopo, al levare cioè dello zaffamento peritoneale.

L'operata ebbe un periodo post-operatorio leggermente febbrile; alla fine della seconda giornata, rimossa la medicatura, si trovò che lo zaffo del peritoneo aveva funzionato abbondantemente da drenaggio addominale; tolto quindi il tamponamento, fu richiuso il ventre.

L'inferma accusò anche per qualche giorno dolori piuttosto vivi all'addome, ma ben presto si riebbe di tutti i suoi disturbi per cui potè lasciare guarita la Clinica il giorno 11 Giugno 1897.

Da notizie assunte di essa pochi giorni fa, tre anni quindi dopo l'operazione subita, so che d'allora in poi è stata sempre meglio in salute e che attende tuttora senza alcun disagio ai faticosi lavori campestri, per cui la guarigione parmi si possa considerare adesso veramente radicale.

Esame anatomo-patologico. — Per completare lo studio del caso clinico dovremo esaminare:

1.° La conformazione e la struttura del sacco;

2.° il suo contenuto e cioè:

a) il liquido;

b) le cisti d'echinococco;

c) le varie masse aderenti alla parete posteriore e depositate nel fondo del sacco medesimo.

La configurazione del sacco ci fu rivelata nel modo più completo all'ispezione operatoria, ed è già stata descritta esaurientemente più sopra per cui sarebbe ozioso insistervi ancora. Potrebbe invece essere stato interessante il conoscere qualche eventuale particolarità di struttura delle sue pareti, ma lo studio fatto in proposito nulla ci ha rivelato di particolarmente importante.

I lembi escisi dalla parete peritoneale anteriore, offrono macroscopicamente soltanto un ispessimento ed una consistenza notevole del peritoneo. Esaminando poi al microscopio sezioni di frammenti di essi si trova alla superficie esterna del peritoneo una quantità cospicua del connettivo fibrillare in cui scorrono numerosi e piccoli vasi sanguigni in qualche luogo anche considerevolmente ectasici.

Uno strato non molto denso di adipe sta racchiuso fra le maglie connettivali esili e larghe le quali tratto tratto s' inspessiscono fino

ad assumere l' aspetto del connettivo fibroso formando una serie di molteplici e piccole rilevatezze che sollevano il rivestimento peritoneale come in altrettante pliche sottili, per cui si ha un aspetto lievemente rugoso. Il rivestimento endoteliale del peritoneo non forma una distinta membrana come di norma, esistono invece ispessimenti notevoli del connettivo di sostegno, le cellule fisse del quale formano uno strato più o meno spesso che si confonde senza distinzione colle cellule di rivestimento, ricoperte alla loro volta da cumoli di sostanza amorfa fibrinosa fra cui si sperdono alcuni di essi elementi più o meno profondamente alterati.

Soltanto in qualche insenatura fra le rilevatezze anzidette può trovarsi ancora discretamente conservato lo strato endoteliale, altrove invece non è affatto dimostrabile sia per la presenza di stratificazioni fibrinose molto aderenti, sia per lo sfaldamento avvenuto prima o durante l'atto operativo od anche nelle successive manovre di preparazione.

Certo è che nei pezzi tolti in esame non esiste traccia di membrana parassitaria in contiguità della parete peritoneale anteriore del sacco e le alterazioni osservate riduconsi a quelle che comunemente soglionsi verificare in casi di circoscritte peritoniti croniche non specifiche.

Per quanto riguarda il contenuto del sacco, il liquido non presentava alcun carattere fisico speciale; il colorito citreo-giallastro molto torbido ed i numerosi e piccoli brandelli di tessuti in sospensione, lo facevano ravvicinare a quello di certe peritoniti tubercolari con abbondanti depositi fibrino-caseosi. Per ciò, date le alterazioni su notate delle pareti del sacco, forse nemmeno un esame chimico del liquido ci avrebbe condotto a risultati molto decisivi per un' esatta diagnosi differenziale, la quale poteva scaturire invece precisa dall'esame microscopico delle parti solide sospese nel liquido medesimo. Le due piccole cisti intere ma vuote esportate dalla ripiegatura posteriore destra del sacco, non potevano infine lasciare alcun dubbio sulla loro natura e quindi sulla diagnosi di echinococco del peritoneo; restava però a vedere attraverso quali vie il parassita fosse arrivato nella cavità addominale.

Il non aver mai notato l'inferma alcuna tumefazione ben distinta della regione epatica o d' altra parte del segmento superiore della cavità addominale, la mancanza di qualsiasi fenomeno da parte del fegato nel subdolo, lento e progressivo decorso della malattia; il non aver potuto constatare a ventre aperto alcuna speciale alterazione del fegato o della milza il moderato aumento di volume della quale era dovuto esclusivamente alla malaria sofferta, ci facevano ragionevolmente allontanare l'ipotesi che la raccolta addominale fosse dovuta al versamento del contenuto di qualche ciste primitiva di questi visceri nel peritoneo. D'altra parte l' esatta circoscrizione della

raccolta nel segmento anteriore della cavità dell'addome, in cui tutta la massa intestinale trovavasi respinta in addietro e collegata da aderenze in modo da formare una parete, per quanto anfrattuosa, distinta in cui l'omento, per breve tratto ancor ben distinguibile, si sperdeva poi tra i frammenti di aspetto necrotico sparsi sulla parete posteriore medesima, ci mettevano nel sospetto che la sede primitiva della lesione fosse da ricercarsi precisamente nella ripiegatura omentale.

Che non si fosse però trattato di una grossa ciste sviluppatasi prima fra le pagine dell'omento e rottasi in secondo tempo nel cavo peritoneale, oltre che dalla mancanza di tutti i segni anzidetti e specialmente pel silenzio di fenomeni tumultuosi che seguono quasi sempre troppo imponenti e manifesti a simili accidentalità per potere eludere l'attenzione anche di persona poco intelligente, lo si poteva dedurre dal fatto di non avere rintracciati nè grossi nè molti frammenti della ciste, che avrebbe prima dovuto esistere, e che sarebbero stati facilnente distinguibili anche ad occhio nudo per gli specialissimi caratteri he presentano le pareti cistiche stesse quando non intervenga in esse ppurazione o rammollimento puriforme come appunto non si era erificato nel nostro caso. Ma questa ed altre questioni più interes- nti doveva illuminare meglio lo studio delle cospicue parti solide ntenute nel sacco medesimo. Esaminando perciò le masse estratte lla cavità addominale, troviamo che specialmente molte di quelle e erano ancora aderenti alla parete posteriore del sacco sono iformi, alcune con picciuolo molto allungato e sottile, altre con duncolo molto più corto e più grosso.

Hanno una superficie liscia di aspetto grigiastro, sono della grosza varia da quella di una nocciuola a quella di una grosse noce; sono fluttuanti ma di consistenza assai molle.

Le altre masse invece tolte dal fondo del sacco, sono di grossezza to variabile ed assai più cospicua, non hanno una forma regolare si presentano come grossi blocchi di sostanza grigio-necrotica a torni molto frastagliati con noduli e cordoni molto resistenti nel spessore.

Sezionando alcune delle prime lungo il loro asse maggiore, si no già ad occhio nudo costituite da una sottile membrana peri- a liscia e lucente che si continua senza interruzioni in tutto il uolo e dentro la quale è contenuto un tessuto grigiastro varia- e pieghettato e contorto ma senza alcun che di speciale ma- copicamente visibile.

Tagliando invece alcune masse più grosse, si trovano costituite abecole connettivali più o meno spesse e resistenti le quali cir- ivono molte piccole concamerazioni in cui si contengono tal- minime quantità di liquido torbido, tal'altra frammenti di mem- lle bianco-grigiastre che pigiate fra le dita lasciano sui polpa-

strelli una patina giallastra come la spalmatura di una pomata e fatte cadere nell'acqua si spiegano talvolta in piccole laminette.

Esaminando al microscopio alcune di queste lamelle si riscontra la disposizione a lamine sovrapposte caratteristica delle pareti di cisti d'echinococco e stemperando un po' della massa amorfa o del liquido torbido tolti dalle piccole cavità in un po' d'acqua addizionata ad un terzo di alcool, è facile vedere non solo gli uncini caratteristici ma anche parecchi scolici d'echinococco benissimo conformati. Fissate quindi tutte le masse nel liquido di Müller, dopo ripetuti lavaggi e moderato induramento in alcool, le più grosse vennero incluse in celloidina e sezionate al microtomo; i tagli furono poi colorati coll'ematossilina.

Osservando al microscopio sezioni complete di alcune masse piriformi meno voluminose, troviamo che queste sono formate da una specie di diverticolo della sierosa peritoneale sostenuta da molteplici strati di connettivo compatto con numerose cellule interstiziali.

Il contenuto di questa piccola ampolla peritoneale è costituito da fasci di connettivo fibrillare in gran parte necrotico, disposto a larghe ed esili maglie, alcune delle quali si continuano in radi punti e per sottilissimi tralci colle pareti del diverticolo. Fra le maglie si trovano scarse zolle di adipe, molti brandelli di tessuti in via di necrosi più o meno inoltrata, ma sopratutto esistono grossi noduli follicolari linfoidi che risaltano fra i tessuti necrotici circostanti per la vivace colorazione dei nuclei abbondantissimi.

Fra la parete e il contenuto stanno amplissimi spazii che per lo più nelle sezioni appaiono liberi; in qualche tratto però non è raro trovare un detrito anche abbondante ma che a piccolo ingrandimento non lascia bene apprezzare alcune particolarità che sono invece degne di nota.

Esaminando perciò a ingrandimento un po' più forte qualcuno di questi preparati, s'incontrano fra il detrito grossolano anzidetto frammentini di pareti cistiche d'echinococco, uncini ed anche scolici interi benissimo conservati (fig. 1).

Questi ultimi possono essere unici, ben distinti e completi come quello rappresentato dalla figura 3, od apparire meno chiaramente quando restano divisi in vario senso dal taglio della sezione, ciò che accade specialmente allorchè stanno riuniti a piccoli gruppi proprio nel mezzo dei tessuti. Negli spazii poi che distinguono i lobi dei tessuti racchiusi nell'ampolla peritoneale, trovansi alcune piccole cisti le quali si adattano a tutte le irregolarità degli spazii medesimi in modo che ad ogni strozzatura e ad ogni dilatazione di essi corrisponde una strozzatura e una dilatazione della parete cistica.

In questo loro adattamento le cisti spingono per entro ogni nuovo spazio che incontrano alla periferia, altrettante digitazioni delle proprie pareti le quali, conformandosi nel successivo loro svolgimento

alle anfrattuosità dei nuovi spazii pei quali s'immettono, determinano alla cisti primitiva un irregolarissimo contorno variamente festonato e varicoso (fig. 2).

È possibile qualche rara volta seguire senza interruzione tutte queste propaggini secondarie nella loro continuità colla ciste dalla quale dipendono, ma per lo più nei punti di maggiore strettura avvengono, per reazione dei tessuti circostanti, strozzamenti completi che separano del tutto dalla cisti originaria alcune delle nuove concamerazioni più o meno cospicue.

Fatte così libere, queste restano qualche volta indipendenti fra i tessuti come altrettante piccole cisti, ma non può dirsi se possano continuare a svolgersi successivamente. Per lo più invece le loro sottili pareti restano discontinuate ed i frammenti residui o giacciono inerti fra i tessuti in cui rimasero inclusi o possono andare incontro a successive fasi di rigenerazione del parassita come vedremo in appresso.

Negli stessi spazii interlobulari s'incontrano, molto meno di frequente però, anche alcuni scolici d'echinococco più o meno ben conservati.

Osservando adesso sezioni delle masse più cospicue, raccolte nel fondo del sacco, notiamo che non sempre si trova la distinta membrana peritoneale che le avvolga, per lo più anzi il contorno è costituito da brandelli molto frastagliati di tessuti necrotici e soltanto in qualche piccolo tratto, ma non in tutte, è mal distinguibile qualche traccia di rivestimento peritoneale. Grossi tralci di tessuto connettivo duro, fibroso, quasi affatto sprovvisto di cellule, dividono la massa stessa in parecchie concamerazioni di varia forma e grandezza. Fra l'una e l'altra loculazione si trova un tessuto amorfo, granuloso, con appena qualche rara fibrilla pallidamente colorita. Molto più raramente di quello che accadesse nelle masse piriformi prima descritte, s'incontrano anche qui cumuli rotondeggianti e bene delimitati di corpuscoli bianchi a disposizione concentrica fra un reticolo in qualche tratto ancora distinguibile e che offrono perciò l'aspetto di veri follicoli linfoidi.

Esaminando una fra le più piccole cavità così formate (fig. 3) troviamo una parete molto spessa di tessuto sclerotico cicatriziale che racchiude una poltiglia sgretolata in molti grossi blocchi di sostanza amorfa di aspetto cereo, in mezzo alla quale si distinguono molto chiaramente numerosi scolici d'echinococco (a. a. a. a.) caduti in varia guisa sotto la sezione. Pochi sono quelli ben conservati, i più sono alterati più o meno profondamente. Esistono poi parecchie piccole cisti, delle quali alcune delimitano ancora piccoli spazii irregolarmente flessuosi (b. b.); altre invece, compresse fortemente dai tessuti circostanti, presentano molteplici invaginature delle loro pareti che, ripiegate più volte sopra sè stesse e fortemente serrate, appaiono come altrettanti nodi di bianchi cordoncini variamente contorti (c.c.). Anche qui frammenti molto piccoli di pareti cistiche, trovansi disseminati fra le zolle dei tessuti necrotici racchiusi nella stessa cavità. Al-

cune delle cisti che sono rimaste incluse nei tessuti vanno man mano scomparendo e ciò avviene per un processo di disgregazione interlamellare. Per la discontinuità prodottasi in qualche tratto delle pareti cistiche, gli elementi migratorii molto abbondanti all'intorno per la reazione che esse provocano nei tessuti, si insinuano fra le lamine parietali divaricandole ampiamente, finchè ne staccano un tratto variamente grande, il quale, secondo il grado diverso di elasticità della parete, si ravvolge a spirare più o meno stretta come si vede nella fig. 4.

Ora quasí tutti i frammenti che provengono dagli strati più esterni della parete cistica, spargonsi sempre più sminuzzolati fra i tessuti; oppure compressi dai tessuti circostanti medesimi, formano quelle varie foggie di nodi che sono state prima descritte come ultima fase regressiva delle cisti stesse.

Gli strati più interni delle pareti cistiche invece si comportano assai diversamente.

Osservando frammenti parietali di piccole cisti racchiuse fra i tessuti, notiamo come in alcuni meglio conservati esistano a varia distanza parecchi rigonfiamenti nodulari di forma leggermente ovoidea molto allungata, di aspetto finissimamente granuloso con qualche raro granulo un po' più grosso e più intensamente colorato, distribuiti a rosario fra le lamine parietali aniste, le quali in corrispondenza di essi si sono più o meno fortemente divaricate (fig. 5).

Questi noduli ovoidei stanno presso a poco nel centro della parete e sono collegati uno all'altro da un filamento nastriforme variamente sottile e dello stesso aspetto finamente granuloso, il quale per lo più fra un nodulo e l'altro si ravvolge più volte a spirale sopra sè stesso.

In altri frammenti invece ai nodi ovoidei stanno frammisti alcuni rigonfiamenti uniformemente rotondeggianti più o meno grossi che fanno una maggiore o minore salienza sulla superficie interna od esterna della parete, in modo che le lamelle aniste sempre più divaricate non formano più che uno strato esilissimo attorno al nodulo il quale sembra molto vicino a rendersi indipendente dalla parete medesima sotto forma di una nuova piccolissima ciste (fig. 5). Altri piccoli frammenti staccati e sparsi isolatamente fra i tessuti, presentansi ancora a lamine regolarmente sovrapposte, ma mentre che gli strati anisti di essi sono ridotti a lamelle sottilissime, gli strati granulosi interposti sono turgidi, ingrossati e tali si conservano anche se per disgregazione interlamellare del frammento, una parte di essi staccandosi si ravvolge a spirale come si è detto (fig. 7). Questa disposizione, per quanto sopra si è dimostrato, ci fa pensare che probabilmente tali frammenti appartengono agli strati più interni della parete cistica primitiva e che tanto i grossi strati granulosi come i nodi ovoidei interposti alle piccole lamine debbonsi considerare come veri strati e nodi proligeri che daranno luogo successivamente a nuove evoluzioni del parassita.

Ma al di fuori delle grosse masse in cui stanno racchiuse le cavità più cospicue prima descritte, o fra gli spazii interlobulari delle quali si spargono i frammenti di pareti cistiche come adesso abbiamo visto, esistono fra i tessuti estirpati molti brandelli con una quantità enorme di piccole rilevatezze di forma rotondeggiante od ovoidea, della grossezza di un grano di miglio fino a quella di un piccolo grano di riso. Esse pure hanno un aspetto grigiastro; palpandole si apprezza una consistenza piuttosto forte ed in uno stesso piccolo tratto di tessuto si possono sentire talora parecchie di queste rilevatezze come altrettanti pallini duri sotto le dita. Nei punti dove esse sono molto stipate danno al tessuto in cui si annidano un aspetto grossolanamente tubercoloso i cui tubercoli però per la disposizione, per la grossezza, per la rilevatezza loro non si possono confondere con quelli della tubercolosi bacillare. Queste rilevatezze non offrono esternamente alcuna apparenza di cisti, ed anche sezionando parecchie delle più piccole, non si apprezza alcun che di notevole, all'infuori della consistenza più o meno forte del tessuto grigiastro e senza speciale struttura che le costituisce. Dividendo invece qualcuna delle più grosse, notasi un piccolo punticino bianco opaco, che spicca al centro del grosso guscio di tessuto che l'avvolge tutto attorno, e che in qualcuna fra le più cospicue lascia a stento distinguere un piccolissimo spazio centrale come se il noduletto fosse stato perforato da una fine punta di spillo.

Tagliando alcune di tali rilevatezze al microtomo ed esaminandone le sezioni al microscopio (fig. 8), si trova che tutta la piccola massa è costituita da un cumolo molto grande di leucociti infiltrati fra le maglie di un connettivo a fibrille delicatissime ma numerose, disposti tutto attorno ad una membranella cistica di echinococco la quale talvolta presentasi spezzettata in varii frammentini, tal' altra è in molte guise ripiegata sopra sè stessa; nelle rilevatezze più grosse però essa delimita ancora col suo contorno lievemente ondulato uno spazio cistico a mo' di sottile e irregolare fessura. I leucociti al contatto della parete sono assai numerosi e costituiscono una specie di raccolta, mentre che verso la periferia s'infiltrano, come si è detto, fra il connettivo circostante il quale al di fuori di ciò non presenta alcun' alterazione degna di nota. Nè verso il centro, nè alla periferia di questi speciali tubercoli vidi mai traccia di cellule giganti sulla formazione delle quali per cisti d'echinococco, anche al di fuori delle forme pseudo-tubercolari, il LEHENE (1) ha nuovamente insistito, quantunque la presenza o meno di esse abbia oggi perduto qualsiasi importanza. Esaminando a forte ingrandimento una delle rilevatezze

---

(1) LEHENE Ueber seltenere Localizzationes des uniloculären Echinococcus bein Menchen nebst Bemerkungen über die durch Echinokokken hervorgebrachten histologischen Veränderungen. *Arch. f. kl. Chir. Bd. 52.*

di maggior volume (fig. 8) si vede anche come poco alla volta l'infiltrazione leucocitaria del connettivo si faccia strada fra le lamine parietali divaricandole e disgregandole in frammentini sempre più piccoli. Seguendo le varie fasi di questa specie di tubercoli in molteplici preparati fatti da pezzi tolti da parti diverse del tessuto, possiamo constatare come in molti luoghi l'infiltrazione leucocitaria colla distruzione del parassita riduca tutto il tubercolo stesso ad un piccolo noduletto connettivale in cui sono a mala pena distinguibili, come piccole strie, i residui dei sottili e minuti frammenti parietali parassitarii, mentre che in altri luoghi vicini, o per vitalità maggiore del parassita, o per speciali condizioni di migliore permeabilità del tessuto in cui esso venne trasportato, le cisti continuano a crescere più o meno frastagliatamente racchiudendo anche nelle anfrattuosità del loro decorso molte zone del tessuto circostante variamente alterate come già abbiamo visto.

Per questa diversità di comportarsi del parassita a seconda della struttura e della differente reazione del tessuto che ha invaso, può quindi facilmente spiegarsi la formazione delle cavità pseudo-cistiche moltiloculari prima descritte nelle quali, oltre che elementi parassitarii liberi, abbiamo trovato inclusi blocchi di tessuto più o meno degenerato che racchiudevano a lor volta frammenti del parassita morto o in via di distruggersi.

Da tutto il complesso delle suesposte osservazioni, possiamo adesso concludere prima di tutto che la localizzazione primitiva dell'echinococco nel caso nostro erasi fatta nel grande omento. Oltre le ragioni d'indole clinica prima accennate, ci conferma questa ipotesi il fatto che il parassita nelle masse meglio conservate, a superficie integra e continue coll'omento, fu trovato sempre fra le pagine e al di sotto della ripiegatura peritoneale. L'abbondante invasione parassitaria deve essere certo avvenuta per le vie linfatiche, dove abbiamo trovato il parassita nelle sue molteplici forme e dove l'abbiamo seguito a svolgersi nel suo stadio cistico adattandosi alle varie loro anfruttuosità.

La reazione forte e necessariamente lunga dei tessuti invasi ci spiega la formazione dei grossi tralci di connettivo alla periferia delle zone più stipate del parassita, il quale, ostacolando ed ostruendo le vie di nutrizione, produsse la necrosi di zone, al principio ben circoscritte, di quei tessuti, che, rammolliti e frammisti al parassita medesimo, stanno racchiusi a mo' di poltiglia nelle spesse travate connettivali dure, coriacee, donde il già notato aspetto pseudo-cistico moltiloculare delle parti affette. Era ben naturale che a simile lesione dell'omento si accompagnasse un risentimento più o meno considerevole, lento ma progressivo del peritoneo, ciò che ci spiega ad esuberanza le alterazioni constatate in questa membrana ed i fatti clinici verificatisi nella paziente.

Coll'estendersi della lesione omentale oltre che per l'invasione, per l'accrescimento stesso del parassita, si spiega anche come grosse frangie di omento circondate da tessuti necrotici ed in necrosi parziale esse stesse, si staccassero per un processo quasi di eliminazione, raccogliendosi nel fondo pelvico e formando quelle masse cospicue che vennero estratte durante l'operazione, mentre altre frangie più piccole e meno alterate restarono aderenti alla parete posteriore del sacco. Nulla di più facile perciò che alcune piccole cisti trovatesi libere nel sacco peritonitico, quivi potessero continuare a svolgersi regolarmente come avvenne per le due cisti grosse puanto un piccolo mandarino estratto dalla cavità.

Nel caso nostro pertanto trattavasi evidentemente di echinococco exogene e veramente a sviluppo interlamellare, che assunse l'aspetto moltiloculare per l'invasione e, più specialmente, per lo svolgimento suo per entro i vasi e gli spazii linfatici, concordando in questo con quanto fu già asservato dal VIRCHOW e dal KLEBS nell'echinococco moltiloculare del fegato.

Oltre a ciò molte altre particolarità da me descritte sono identiche a quelle riferite dagli autori per l'echinococco moltiloculare di altri visceri ed il reperto istologico corrisponde alla descrizione anatomica che più recentemente ancora ne ha fatto il GUILLEBEAU (1), per cui potremmo ragionevolmente ammettere che anche qui si trattasse veramente della forma moltiloculare.

Allora la provenienza unica e la concomitanza nello stesso sacco della forma cistica semplice e di quella moltiloculare d'echinococco porterebbe una validissima prova all'opinione di coloro che ritengono la forma moltiloculare non essere dovuta ad una specie diversa del parassita ma bensì alle condizioni particolari in cui il parassita stesso ha potuto svolgersi per le speciali vie seguite nell'invasione dei tessuti.

Il caso presente è oltre a ciò interessante anche per l'aspetto insolito offerto dai tessuti colpiti. Mentre che infatti nella disseminazione echinococcica omentale e parieto-intestinale si hanno quegli eleganti aggruppamenti sottosierosi a grappolo delle cisti che sono stati descritti e meglio raffigurati dagli osservatori anche più antichi, nel nostro invece, se non si fossero trovate le due piccole cisti vuote nel sacco peritonitico, per la semplice ispezione macroscopica, tanto più dopo la speciale obbiettività clinica riscontrata, avremmo potuto facilmente concludere per un'affezione tubercolare, non avendo trovata alcun'altra traccia macroscopicamente visibile di elementi parassitarii.

Il reperto microscopico stesso c'indica inoltre come la lesione debbasi in gran parte ritenere come una di quelle forme pseudo-tubercolari da corpi stranieri e da parassiti animali descritte nei bruti

(1) GUILLEBEAU. Zur Histologie des multiloculärer Echinococcus. *Virchow's Arch. Bd. 119, S. 108.*

ed una sola volta osservata nell'omento dell'uomo dal MIURA per uova di distoma epatico.

Per l'echinococco nell'uomo esiste contemporanea alla presente un'osservazione del QUERVAIN (2) il quale riferisce che per la rottura improvvisa di una ciste idatigena nel cavo peritoneale, si trovò quattro settimane dopo, durante l'operazione, che la sierosa era gremita di nodetti grigi che fecero credere ad una peritonite tubercolare. L'esame istologico dimostrò che essi avevano la struttura tipica del tubercolo; i nodi più grossi contenevano nel centro frammenti di membrana d'echinococco e attorno a questo corpo estraneo centrale erano cellule giganti disposte per lo più tutte in giro. Il decorso anche di questo caso fu ottimo.

Anche per questo parmi che l'osservazione attuale possa valere a richiamare l'attenzione dei chirurghi sull'esatta etiologia di alcune peritoniti croniche in rapporto ai successi degli interventi operativi che contro tali affezioni si fanno oggigiorno sempre più numerosi e dei quali il caso presente prova che si può anche maggiormente estendere l'efficacia terapeutica.

Per quanto poi riguarda l'echinococco moltiloculare, mentre che si ritiene che di esso non si possa guarire se non coll'estirpazione completa del tumore moltiloculare medesimo, ciò che troppo spesso riesce impossibile eseguire sia per la mancata delimitazione precisa del tumore parassitario, come per il troppo grande sviluppo di esso in organi indispensabili alla vita e perciò in non eccessiva estensione sacrificabili, l'esito ottenuto nel nostro caso ci indica come con adatto trattamento la guarigione possa in qualche eventualità favorevole sperarsi anche da interventi più limitati.

---

(2) F. DE QUERVAIN. Ueber Frendkörpertubercolose des Peritoneums bei uniloku-lären Echinococcus. *Centralblatt f. Chir.*, 1897, heft 1.

Spiegazione delle figure.

Fig. 1. — (Oc. 3, Ob. 4, Koristka). Scolice d'echinococco al di sotto del rivestimento peritoneale dell'omento

Fig. 2. — (Oc. 1, Ob. 4, Koritska). Scolice d'echinococco e cisti d'echinococco sparse fra gli spazii dell'omento alle anfrattuosità dei quali esse adattano le loro pareti.

Fig. 3. — (Oc. 1, Ob. 4, Koristka). Segmento d'una loculazione omentale in cui stanno racchiusi scolici d'echinococco (a, a, a, a), piccole cisti a contorni irregolari (b, b) e residui di pareti cistiche che formano il nucleo di zone distinte di tessuti necrotici (c, c).

Fig. 4. — (Oc. 3, Ob. 8*, Koristka). Frammento sterile di parete cistica d'echinococco ravvolto a spirale e sparso fra i tessuti.

Fig. 5 — (Oc. 3, Ob. 8*, Koristka). Frammento di parete cistica fra le cui lamine stanno grossi nodi proligeri disposti in serie e riuniti da un filamento granuloso ravvolto a spirale

Fig. 6. — (Oc. 3, Ob. 6, Koristka). Frammento di parete cistica d'echinococco racchiuso fra i tessuti ed in cui vedesi un grosso nodo proligero interlamellare e parecchi rigonfiamenti a guisa di piccolissime cisti in via di formazione

Fig. 7. — (Oc. 3, Ob. 6, Koristka). Frammento di parete cistica con lamelle aniste esilissime e grossi strati granulosi probabilmente proligeri.

Fig. 8. — (Oc. 1, Ob. 4, Koristka). Nodulo dell'omento a guisa di tubercolo costituito da un frammento di ciste attorno alla quale si è formata una forte infiammazione leucocitaria, con ispessimento delle fibrille connettivali.

Fig. 1.
Fig. 2.
Fig. 3.
Fig. 6.
Fig. 4.

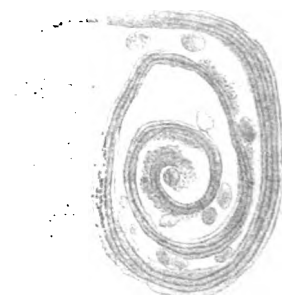



Fig. 3.

Fig. 8

SULLA
RIGENERAZIONE DEL PLESSO BRACHIALE
E
SULLA NEUROPRAFIA

per il

DOTTOR A. CODIVILLA
Istituto Ortopedico Rizzoli in Bologna.

Nelle lesionidi continuità di un nervo periferico i chirurghi hanno ricorso alla sutura delle superficie di divisione del nervo, nell'intenzione di ridare alle fibre nervose la funzione conduttrice. La neurorrafia è stata eseguita sia immediatamente dopo la lesione, sia a distanza di tempo da questa e l'esperienza clinica, nell'un caso e nell'altro, ha sembrato dare la prova sicura della sua efficacia. La sutura nervosa, praticata con certe norme, ha dato nell' uomo, circa nel 60 % dei casi, risultati soddisfacenti. Si è osservato che dopo di essa, in un periodo di tempo più o meno vicino all'atto operativo, la sensibilità e la motilità, ora parzialmente, ora in modo completo, si sono ripristinate nel territorio dipendente dal nervo leso.

In questo momento sono tre le teorie che si contendono il campo nel dare ragione del modo come si formi questo ripristino di funzione.

Si pensò dapprima alla rigenerazione del moncone periferico del nervo diviso, e questa non fu che una conseguenza dell' ammettere che le fibre nervose erano prolungamenti delle cellule gangliari o delle cellule delle corna grigie anteriori. Ora, ritenuto come assioma fisiologico che i prolungamenti cellulari una volta separati dalle cellule, che ne costituiscono il centro trofico, debbano degenerare nel tratto situato al di là della sezione, ad alcuni è sembrato si debba ammettere l'ipotesi che il ripristino della funzione dipenda da rigenerazione delle fibre stesse.

La teoria dell'accrescimento in senso centrifugo del cilindro assile del moncone centrale e della graduale sostituzione nel moncone periferico delle fibre neoformate a quelle degenerate, basata specialmente sopra le esperienze e gli studi istologici di Ranvier, rispondeva a molte esigenze, ed essa per molto tempo ha tenuto il campo senza discussione.

Con questa teoria veniva stabilito che la porzione superiore del nervo tagliato si assumeva l'incarico della neoformazione delle fibre nervose che dovevano provvedere all'innervazione di tutto il territorio di distribuzione del nervo stesso, e che la porzione inferiore serviva da conduttore alle fibre neoformate. Sia che il moncone periferico avesse come conduttore meccanico ufficio del tutto passivo (Ranvier, Vanlair), sia che, come vuole Forssmann, servisse attivamente nel determinare la direzione delle fibre, per l'azione d'attrazione (chemotropismo) esercitata dalla sostanza nervosa degenerata sulle fibre crescenti del tronco nervoso prossimale, la sutura riesciva necessaria a preparare la via alle fibre che dovevano discendere a riempire i vuoti lasciati dalla degenerazione. Poichè, naturalmente, i fenomeni di rigenerazione del moncone centrale portavano un effetto utile solo a patto che la via alle fibre partenti da esso fosse già tracciata e che le stesse non incontrassero ostacoli nel loro cammino. Se il moncone periferico era posto a distanza dal centrale, o se fra essi esistevano lunghi tratti di tessuto di cicatrice, le fibre si piegavano, si aggrovigliavano senza ordine e si arrestavano formando coll'esuberante neoformazione di tessuto connettivo un neuroma consimile al così detto neuroma d'amputazione. L'esame istologico di questo dava quindi la prova che le fibre del tronco prossimale si accrescevano in senso centrifugo, e mostrava il tentativo di riparazione da esse compiuto.

Se non che ulteriori studî sperimentali e ricerche accurate eseguite in questi ultimi tempi hanno messo in dubbio che i fatti avvengano nel modo ora esposto, ed in questo momento la questione sembra ancora lontana dall'avere una soluzione sicura.

Si è veduto infatti che nel neuroma del moncone prossimale del nervo, come in quello d'amputazione, manca ogni segno di formazione di nuove fibre. Il neuroma appare formato esclusivamente da tessuto derivante da accrescimento del connettivo endoneurico, mentre le antiche fibre nervose non sono che ipertrofiche (Goldmann. Finotti, J. Lehmann). Nel neuroma quindi mancherebbero i segni dello sforzo riparativo fatto dal moncone centrale.

M. Schiff si oppose già all'ammettere la degenerazione delle fibre nervose del moncone periferico. È un fatto di osservazione comune che dopo la sezione del nervo si trovano nel moncone distale fibre non degenerate. Queste sono considerate da Friedländer e da altri come fibre sensitive: per essi solo le motorie degenererebbero dopo la sezione. In alcuni casi, nonostante sia mancata la riunione fra i due monconi, il periferico ha aspetto normale, come se fosse già rigenerato (Polaillon).

Le fibre che nel moncone distale presentano alla ricerca istologica i caratteri normali hanno pure fatto pensare ad una rigenerazione autogenica, e già da tempo si ammetteva che ad essa prendessero parte le fibre derivanti dalle anastomosi coi nervi vicini.

In questi ultimi anni si è ritenuto da alcuni che la rigenerazione avvenga contemporaneamente nel moncone centrale e nel periferico. Ciò è andato di pari passo coll'ammettere che le fibre nervose non siano da considerarsi come semplici prolungamenti delle cellule gangliari, ma che abbiano una origine pluricellulare. La porzione degenerata delle fibre nervose deriverebbe dagli elementi della guaina di Schwann (v. Büngner, Galeotti e Levi, Ziegler, Kennedy, Wieting ed altri). L'antica teoria della rigenerazione delle fibre del moncone periferico dall' accrescersi e moltiplicarsi dei cilindri assili del moncone centrale ha trovato sostenitori in Huber, Kolster, Betagh ed altri. La discussione è su ciò, in questo momento, molto vivace.

A queste due teorie si è aggiunta ora una terza che merita speciale considerazione per parte dei chirurghi. Marenghi da una lunga serie di accurate esperienze ha tratto la convinzione che « il ristabilirsi della funzione motoria non è indissolubilmente legato ad una rigenerazione di fibre nervose, ma la funzione in un territorio si può ripristinare per vie nervose collaterali ». Ciò che era ammesso come possibile per la funzione sensitiva, lo è divenuto invece, per Marenghi, per la motoria.

Il ristabilirsi della motilità nel territorio del nervo leso era prima dato come prova assoluta che il nervo aveva riacquistato la proprietà di condurre gli stimoli, e che quindi si era rigenerato. Marenghi ha constatato, nei casi nei quali la motilità si era ripristinata, che nella cicatrice non esistevano mai fibre nervose, che nessun fatto parlava in favore di una rigenerazione o di una neoformazione di fibre nel moncone centrale, o nel moncone periferico, e che le fibre nervose che negli esami istologici comparivano a distanza dalla cicatrice, derivavano da un' immissione di fibre da altre fonti. Per stabilire poi quale fosse l' origine di questi fasci nervosi che si immettevano nel moncone periferico, Marenghi in un cane nel quale dopo il taglio dello sciatico si era ottenuta la guarigione con ripristino di funzione motoria, tagliò il crurale e constatò, immediatamente dopo, nel modo più evidente, i fenomeni paralitici caratteristici del taglio dello sciatico. Egli concluse che dal crurale provenivano le fibre che avevano ripristinato la funzione motoria nei muscoli in dipendenza dello sciatico.

Coll'esame istologico Marenghi ha poi veduto che costantemente, pure nei casi nei quali si ripristinava la funzione motoria, le fibre nervose del moncone centrale si arrestavano al disopra della cicatrice, che fibre nervose normali esistevano nel moncone periferico, e che infine le prime e le seconde non si trovavano in alcun rapporto di continuità. Tutto ciò stava in accordo coi risultati delle esperienze fisiologiche ponendo alla prova l'eccitabilità elettrica del nervo, poichè esse dimostravano la mancanza di conduzione fra moncone centrale e moncone periferico attraverso il nervo.

*
* *

Da questo rapido accenno sulle teorie che riguardano il ripristino di funzione dopo il taglio dei nervi, si acquista la convinzione che si è molto lontani ancora da una soluzione sicura.

La teoria di Marenghi poi pone un forte dubbio sull' efficacia della sutura nervosa. Le due prime teorie, e cioè accrescimento dei cilindri assili delle fibre del moncone centrale, o rigenerazione di nuove fibre nei due monconi, portavano alla conclusione che la riunione delle superficie di sezione del nervo fosse necessaria al ripristino della conduzione e quindi della funzione. Se si deve ammettere invece che la conduzione delle fibre nervose si faccia per vie nervose collaterali, si deve concludere che la riunione delle superficie di sezione non è necessaria. Invece dall' esperienza clinica pare si debbano trarre ragioni per rigettare l' idea dell' inefficacia della sutura (1).

È vero bensì che in molti casi difficilmente si può dare spiegazione dei fenomeni attenendosi esclusivamente alla antica teoria della rigenerazione. Qualche volta il ripristino di funzione dopo un' accurata riunione nervosa non avviene, ed in tal caso si è costretti ad ammettere che per qualche cagione la rigenerazione nervosa è mancata. Ceni ha osservato che in qualche caso, per cause non bene note, dopo il taglio del nervo avvengono fatti di degenerazione ascendente che pongono fuori funzione i neuroni in rapporto colle fibre degenerate. Questa potrebbe essere la cagione che impedisse il ripristino della conduzione nonostante una riunione normale delle superficie di sezione, ma la stessa cagione influirebbe pure sulle vie nervose collaterali, che dovrebbero entrare in attività al chiudersi di quelle che passavano lungo il nervo. Esistono pure casi, nei quali la funzione si è ripristinata malgrado la mancanza di ogni riunione fra i monconi nervosi. Il caso di Pean, per non accennarne che uno fra i molti raccolti nella letteratura, in cui, dopo asportazione di venti a trenta centimetri del tronco dei nervi ulnare e mediano si riacquistò la motilità nella mano, appoggia fortemente la teoria di Marenghi.

Siccome molti dei fenomeni osservati nei casi di sutura nervosa non andavano d' accordo colla teoria di Ranvier, per spiegarli si è dovuto ricorrere alla *sensibilité supplée* di Letievant, all' inibizione ed alla dinamogenia di Brown-Séquard, ed era così nel campo delle ipotesi che si era costretti ad entrare.

---

(1) Sembra che Ceni abbia potuto stabilire che la degenerazione retrograda sia meno grave quando si sia compiuta la sutura, che quando questa non si sia eseguita. Ammettendo la teoria di Marenghi sarebbe forse a questo fatto che si dovrebbe attribuire l' efficacia della sutura.

Sarebbe quindi desiderabile che su questa questione, nella quale si studia da più di un secolo, si venisse ad un accordo.

I casi clinici, se osservati con cura, possono aiutare la soluzione del problema. Io sono venuto perciò nella determinazione di passare in rassegna i miei casi di sutura nervosa, al fine di portare su questa questione pure il mio contributo di esperienza clinica.

Per circostanze indipendenti dalla mia volontà alcuni di questi non possono essere che accennati, poichè essi non si sono potuti seguire per tutto il tempo, nel quale i fenomeni di riparazione erano in evoluzione. Come pure sul risultato definitivo per alcuni è necessario restare paghi di semplici informazioni: questi non hanno quindi che un'importanza statistica.

Un caso solo mi è sembrato che meriti speciale attenzione ed è stato da me presentato alla Società Medico-Chirurgica di Bologna (1).

Il caso è interessante perchè si tratta di lesione del plesso brachiale e dei vasi ascellari. La lesione comprese i rami ventrali del plesso (ulnare, mediano, muscolo-cutaneo), la vena e l'arteria ascellare e l'arto ha riacquistata completa funzione.

È nota la legge di Etzold, la quale stabilisce che la rapidità ed il completarsi del ripristino di funzione sono dipendenti dalla lunghezza del moncone periferico e stanno con essa in rapporto inverso. Coll'antica teoria della rigenerazione nervosa questa legge era in completo accordo poichè le fibre dovevano partire dal moncone centrale e passo passo discendere lungo il periferico. Quanto maggiore era la distanza da percorrere da essa, tanto più tardi si sarebbe ripristinata la funzione, e tanto più facilmente le fibre stesse avrebbero trovato occasioni per perdersi lungo la via. Oltre a ciò le fibre, che dovevano portarsi alle regioni più lontane dell'arto, avrebbero trovato i muscoli in cattive condizioni di nutrizione, spesso non riparabili e ciò a causa del lungo tempo durante il quale era loro mancata la conduzione nervosa.

Etzold fu portato a formulare questa legge dietro lo studio dei risultati ottenuti in sei casi di lesioni del plesso brachiale.

Soltanto in uno di questi, lesione del solo nervo mediano, la mano riacquistò la funzione motoria, negli altri invece, nonostante la più accurata sutura primaria, solo dopo anni erano riconoscibili scarsi segni di rigenerazione. Una cagione pure dei cattivi risultati è attribuita da Etzold alle lesioni dei vasi ascellari, che quasi costantemente accompagnano le ferite del plesso brachiale, poichè queste lesioni coll' alterazione del circolo dell' arto ostacolano i fenomeni di riparazione. Anche le condizioni locali dopo queste estese lesioni non rendono facile la riunione nervosa dopo la sutura. Per ciò da Etzold

(1) Seduta del 5 aprile 1900.

la prognosi, *quoad functionem*, delle suture del plesso brachiale è stata detta non buona. Il mio caso non conferma quindi la legge di Etzold perchè in esso il risultato è stato felice.

Eccone la storia.

G. M., di quindici anni, d'Imola, calzolaio, fu accolto d'urgenza la sera del 2 Marzo 1898 nell'ospedale d'Imola.

Cadendo accidentalmente, si era infisso nell'ascella un trincetto da calzolaio che portava in saccoccia. Immediatamente si ebbe forte emorragia che venne in parte frenata da un compagno eseguendo pressione sul cavo ascellare. Il ragazzo che trovavasi a poca distanza dall'Ospedale vi fu subito trasportato. Il compagno, durante il tragitto esercitava sempre la pressione sull'ascella. Vidi il ragazzo al suo entrare allo stabilimento. Fu rapidamente trasportato dalla carrozza sul letto operatorio della camera d'ambulatorio. Era molto pallido; il polso alla radiale sinistra piccolo e frequente. Nel togliere i panni che ricoprivano la parte lesa, una emorragia imponente uscì dalla ferita. Questa era della lunghezza di circa 3 cm. in direzione trasversale e si trovava sulla porzione mediana del cavo ascellare verso il limite formato dal bordo del gran pettorale. L'emorragia obbligava ad intervenire senza indugio. Non si potè praticare nessuna cura antisettica della regione lesa. Immediatamente fu allargata la ferita spaccando longitudinalmente per circa 10 centimetri la cavità ascellare e fu possibile giungere sui vasi che davano sangue: l'imponenza dell'emorragia mostrava che questa veniva dai grossi vasi della regione. Per le condizioni di depressione in cui si trovava l'infermo, per la cattiva illuminazione del luogo nel quale si operava, per l'impossibilità di prestargli le cure antisettiche necessarie non si fece che provvedere all'emostasi, porre pinze nei vasi che davano sangue, e tamponare la regione con garza iodoformica. Il ferito fu posto in letto, gli furono somministrati eccitanti e gli fu praticata un'iniezione sottocutanea di un litro di siero artificiale.

3 Marzo. Il ferito ha passato la notte in preda a forte agitazione. Ha avvertito forti dolori all'ascella ed all'avambraccio. È molto pallido: il polso frequente (120) e debole — temperatura 37,°7. La radiale e l'ulnare del lato destro non pulsano, l'arto è pallido e freddo, abbandonato sul letto coll'avambraccio in supinazione. Stimolato il ferito a compiere movimenti colle dita, sembrano possibili leggieri movimenti di flessione ed estensione. Un forte movimento di flessione o di opposizione del pollice non è possibile. Manca pure la flessione dell'avambraccio.

Ricerche accurate della sensibilità non si possono compiere. Sembra che esista nel lato dorsale dell'avambraccio, nessun accenno all'esistenza di essa nella mano, nè nel lato dorsale che nel radiale.

Narcosi eterea. Si pone la massima cura nella disinfezione della pelle attorno alla ferita. Si toglie il tampone di garza iodoformica e si lava lungamente il fondo della ferita con siero artificiale sterilizzato. Si asportano così molti grumi di sangue. Le pinze emostatiche hanno presa l'arteria ascellare all'origine della circonflessa anteriore, i due capi della vena ascellare sezionata trasversalmente ed altri vasi minori. L'arteria ascellare non è tagliata, ma la circonflessa anteriore è divisa allo staccarsi da essa. Siccome la pinza aveva presa l'arteria e questa è già strombizzata si

allaccia l'arteria stessa. Allacciatura periferica e centrale della vena ascellare. Si compie ora un'accurata dissezione anatomica dei diversi rami del plesso brachiale, i quali sono in parte mascherati dall'infiltrazione sanguigna nel tessuto lasso del cavo ascellare. Si trovano sezionati trasversalmente tre tronchi nervosi, che vengono riconosciuti per il nervo muscolo cutaneo, per la radice esterna del nervo mediano e per il tronco anteriore interno del plesso brachiale. Erano quindi separati dal centro i rami nervosi muscolo-cutaneo, mediano, ulnare, ed i nervi dei muscoli pettorali che ne partivano.

I monconi nervosi per circa un centimetro sono allontanati fra loro e si ripongono a contatto le nuove superfici cruentate con lievi trazioni fatte sui monconi. Su ciascun tronco nervoso diviso si pongono tre punti di sutura a direzione longitudinale, uno a tutta spessezza e gli altri comprendendo solo una piccola porzione del nervo. Qualche punto di sutura paraneurotica rinforza la sutura nervosa. La sutura è eseguita colla massima cura, e come filo si adopera il crine di cavallo. Il campo, nel quale sono cadute le neurorrafie è sepolto nei tessuti connettivi circostanti mediante punti di cucitura posti a questo scopo sui tessuti. Chiusura parziale della ferita, drenaggio con garza iodoformica. Nuova iniezione sottocutanea di circa un litro di siero artificiale. Nei giorni che seguono l'atto operativo temperatura elevata: 38,°4 39,°3 il polso si mantiene fra 100-120 pulsazioni.

6 Marzo. — Medicatura. Si toglie il drenaggio, ferita in buone condizioni. I dolori spontanei locali ed a distanza sull'avambraccio sono scomparsi. Movimenti nell'articolazione della spalla molto dolorosi. Al malato non sembra possibile l'atto di avvicinamento del braccio al tronco.

Le condizioni del malato permettono un esame più accurato della mano e dell'avambraccio del lato destro. La pelle ha colore pallido. La mano è fredda. È tenuta in posizione supina.

La sensibilità alla regione dorsale è conservata su quasi tutta la mano e l'avambraccio. È soltanto scomparsa sull'estremità dell'indice e del medio, è ottusa sul pollice. In questo punto non sono avvertite le punture di spillo che come semplici toccamenti. Nella regione radiale dell'avambraccio ed in tutta la sua superficie anteriore insensibilità completa, lo stesso dicasi della regione volare della mano.

Motilità. — Sono possibili i movimenti di estensione del gomito della mano e delle dita, ma quelli delle dita non completi, poichè le due ultime falangi restano in posizione di lieve flessione. Nessun movimento di flessione è possibile nè nel gomito, nè nella mano, nè nelle dita. Forte il movimento di supinazione nell'avambraccio, manca quello di pronazione. Il polso alla radiale manca completamente: non è avvertibile neppure alla brachiale.

15 Marzo. — La ferita è guarita. All'esame elettrico i nervi non si mostrano eccitabili nè alla corrente faradica, nè alla galvanica. I muscoli rispondono alla corrente galvanica, e quelli dell'eminenza tenare e dell'avambraccio presentano reazione di degenerazione. Nel bicipite è questa non evidente, l'eccitabilità elettrica di questo muscolo sembra soltanto diminuita. Le condizioni della mobilità si mantengono quelle osservate nell'esame precedente: si nota soltanto che il pettorale realmente non funziona. La sensibilità sembra migliorata nella regione radiale dell'avambraccio e nel pollice: un contatto prolungato ed a forte pressione è avvertito dall'infermo, la sensibilità è normale nel braccio.

30 Marzo. — L'infermo è dimesso dall'ospedale. In questo periodo di tempo si sono praticate applicazioni di corrente galvanica. All'esame dell' arto paralizzato si notano per la motilità gli stessi fatti accennati sopra, e cioè paralisi del bicipite brachiale, dei muscoli dell'avambraccio e della mano innervati dal mediano e dall'ulnare. In questi muscoli è evidente la reazione di degenerazione ed è pure evidente un'atrofia. Si hanno invece segni di contrazione nel muscolo gran-pettorale. Per la sensibilità si osserva che essa è ritornata in quasi tutta la porzione anteriore dell'avambraccio, ma in questa regione è ottusa ed esistono zone di anestesia, nella regione anteriore della mano anestesia completa. Il malato continua ogni giorno le applicazioni di corrente galvanica.

Due mesi dopo la lesione è in grado di produrre contrazioni volontarie nel bicipite brachiale l'avambraccio viene flesso fin verso l'angolo retto. Condizioni della sensibilità dell'avambraccio pure migliorate. Persiste la reazione di degenerazione nei muscoli già accennati.

Otto mesi dopo la lesione, incominciano a manifestarsi segni di ripristino di funzione nei flessori della mano e delle dita. Col flettersi delle dita si avvertono deboli contrazioni nelle masse muscolari della parte anteriore dell'avambraccio. Questi muscoli sono tuttavia notevolmente atrofici. Le dita non si estendono completamente nelle ultime falangi, si iperstendono nelle prime. Notevole atrofia negli spazi intermetacarpei e nelle eminenze tenare ed ipotenare.

La mano ricorda quella di scimmia e la mano d'artiglio di Duchenne. La mano ha colorito lievemente cianotico, la pelle piuttosto grossa e liscia ricoperta di geloni. Le lesioni di continuo riparano difficilmente. Alterazioni trofiche nelle unghie. La sensibilità è evidente in tutta la palma della mano, ma ottusa.

Dodici mesi dopo la mano può già chiudersi a pugno ed anche con forza. Si possono produrre lievi movimenti in dipendenza dei muscoli delle eminenze tenare ed ipotenare e degli intermetacarpei. La mano presenta meno l'apparenza d'artiglio, il pollice può qualche poco opporsi, ma non addursi. Sensibilità normale in tutto l'avambraccio e nel dorso della mano. Tutta la superficie palmare è sensibile: la sensibilità però è ottusa e sembra ritardata la percezione. Reazione di degenerazione nei muscoli della mano e nell'avambraccio reazione qualitativa normale alla corrente galvanica, mancanza di reazione alla faradica. Il malato riesce alla meglio a scrivere ed adopera la mano destra nel disbrigo del suo mestiere.

L'*esame obbiettivo* compiuto ora all'Istituto Ortopedico Rizzoli a *due anni* di distanza dalla lesione ha dato i seguenti risultati:

Le condizioni trofiche della cute dell'arto superiore destro sono di poco diverse da quelle del sinistro. Soltanto nella mano sono avvertibili lievi differenze. La pelle in questa regione è arrossata specialmente al dorso, dove trovansi pure macchie più oscure, residui di geloni pregressi. Il malato afferma di soffrire di geloni in ambedue le mani, ma in maggior numero e più estesi a destra. La mano ricorda lontanamente la così detta mano succolenta. Delle unghie solo quella dell'indice mostra delle alterazioni trofiche, è più sottile, striata trasversalmente con gibbosità, ecc. Temperatura nel cavo della mano a sinistra 36,°5 a destra 35,°2.

La mano destra è pure alquanto più piccola della sinistra. Le radiografie dei due arti mostrano modificazioni nella spessezza e nelle dimensioni

delle ossa dell'avambraccio e della mano. A destra i raggi la trapassano più facilmente e dànno quindi un' imagine fotografica più pallida che a sinistra. Gli spazî occupati dalle cartilagini epifisarie sono più ristretti a destra. Anche ad occhio appare evidente una diminuzione delle singole dimensioni delle ossa dell'avambraccio e della mano a destra. Il metacarpo dell' indice a destra presenta tre millimetri di minore lunghezza che a sinistra.

Il trofismo muscolare è ben conservato per tutto il moncone superiore dell'arto senza differenze apprezzabili coll'arto sinistro. Pei muscoli dell'avambraccio si nota una leggera diminuzione nei muscoli epicondiloidei e epitrocleari a destra. La stessa differenza risulta alla mano: alle eminenze tenare ed ipotenare le masse muscolari sono molto meno sviluppate che a sinistra. A destra sono pure più evidenti le depressioni negli spazî interossei. Tutti i movimenti attivi e passivi dell'articolazione omero-scapolare vengono compiuti in modo normale. Lo stesso dicasi pei movimenti dell'articolazione del gomito e della mano sull'avambraccio. Nella mano sono ben eseguiti i movimenti di flessione, abduzione, adduzione, opposizione del pollice, chiusura del pugno, ecc. Si nota invece una lieve deficienza dell'estensione delle dita, che interessa l' estensione delle ultime falangi. Ad estensione completa le due ultime falangi restano un po' flesse e le prime iperestese (deficienza dei lombricali ed interossei) per modo che la mano destra, in posizione estesa, tende ad assumere una configurazione che ricorda lontanamente quella della mano ad artiglio. L'estensione delle ultime falangi fino ad un angolo di circa 170 si compie con forza, e si esegue pure se deve vincere una certa resistenza.

Mentre s'invita il malato ad eseguire contemporaneamente colle due mani un qualsiasi movimento delle dita come ad es.: quello di abduzione si vede che il tempo latente che precede il movimento è un po' più lungo a destra che a sinistra. La forza di flessione delle dita misurata col dinamometro è di circa metà inferiore a destra in confronto di sinistra.

Sensibilità: senso muscolare a destra normale, sensibilità tattile normale, pure saggiata coll' estesiometro: sensibilità termica mantenuta per tutto l'arto, solo sembra qualche poco attutita in corrispondenza delle falangi destre delle dita; sensibilità dolorifica normale.

Il malato ad occhi bendati indica esattamente le varie regioni nelle quali viene toccato; riconosce gli oggetti (ad es.: monete, temperino, ecc.) che gli vengono posti nella mano destra colla stessa facilità che colla mano sinistra. Adopera la mano destra pure per scrivere.

Esame elettrico. — Corrente faradica. Non si notano differenze nell'eccitabilità elettrica sia dei nervi che dei muscoli della spalla. Minore eccitabilità a destra pel bicipite e pei muscoli dell'avambraccio. Pure i muscoli della mano sono eccitabili, ma con minore intensità che a sinistra. Corrente galvanic. — Contrazione fisiologica alla chiusura del catode. Solamente a sinistra nella mano si ottiene una contrazione percettibile di chiusura con un'intensità di 3 m. A, mentre a destra occorrono almeno 5 m. A. All'eccitazione tanto faradica, che galvanica dal punto di Erb alla base del collo, non si hanno differenze fra i due lati e si ha la reazione fisiologica di contrazione del deltoide, supinator lungo e bicipite.

(Continua).

L' argomento del giorno

Nel fascicolo decorso mancò questa rubrica nel Giornale; e ciò per dare campo alla pubblicazione del Rendiconto del Congresso Internazionale di Medicina e Chirurgia a Parigi per la Sezione di Chirurgia Generale. *A tout Seigneur, t ut honneur:* dice un antico detto, ed era del caso di applicarlo a questo Congresso.

I Congressi, ormai discussi poco benevolmente da un certo numero di Persone, non li credo inutili tanto come si vorrebbe credere. Se non fosse altro, offrono l'occasione a conoscere Uomini che si stimano e dei quali da tempo lunghissimo si apprezzano i lavori: si sentono dalla loro viva voce esporre le idee che professano: si dilucidano quistioni che parevano oscure: si discutono opinioni non consone alle proprie. Certamente chi credesse che da un Congresso dovessero avvenire nuovi orientamenti scientifici, che si dovessero risolvere tutti o la massima parte dei problemi che rimangono insoluti si ingannerebbe grandemente. Chi ha qualche cosa di assolutamente nuovo non può e non deve attendere a farla conoscere all'epoca di un Congresso: vi è la stampa che la divulga, la diffonde. Il Congresso può solo servire a meglio commentare il fatto nuovo, a dare occasione a delle osservazioni che potranno trovare pronta risposta, od incentivo a nuovi studi.

Questo si può pretendere da un Congresso e nulla più.

Ora il Congresso di Parigi ha corrisposto a queste indicazioni?

Certamente sì.

Si badi che io non mi occupo che della Chirurgia generale, e faccio solo astrazione per una conferenza che il Virchow fece sul traumatismo ed infezione. Detto il Nome insigne del grande Patologo di Berlino, si può comprendere il valore della comunicazione stessa, e non si può che rimanere ammirati e commossi dinanzi a questo illustre Vegliardo che da più di mezzo Secolo tiene in sua mano lo Scettro delle Scienze Biologiche in Germania ed al di fuori della Germania, e che non lascia una sola occasione per venire ad unirsi a Coloro che possono chiamarsi senza distinzioni tutti suoi Discepoli a rallegrarli col suo sorriso bonario, a consolarli vedendolo sempre forte e robusto, a renderli contenti per i nuovi insegnamenti che loro dà. E Virchow applaudito a Napoli nel Maggio decorso, applaudito e venerato era a Parigi nell'Agosto; in quella Parigi, ove gli applausi e la venerazione per il Patologo di Berlino dimostravano che per la Scienza non ci sono Confini, e che la Scienza affratella in modo che la Politica scompare e si dimentica.

E la Chirurgia io trovo che ha raggiunto il suo intento. Quando si vedono riuniti intorno ai Chirurghi Francesi, i quali appartengano essi alla vecchia ed onorata pattuglia, od alla nuova schiera di giovani animosi e forti che con ogni maniera cercano di mostrare essere i degni prosecutori di un Nélaton, di un Broca, di un Civiale, di un Dupuytren, e tanti altri il cui nome non potrà essere mai dimenticato, un Bergmann, un Rydygier, un Eiselsberg, un Mac-Cormac, un Reverdin, un Mayo Robson, un Roux, un Jonnesco, un Murphy, un Sonnenburg, un Boeckel e tanti e tanti altri che sono Maestri indiscussi in Chirurgia si può senza tema di errore affermare che il Congresso non ha mancato al suo scopo.

Deficiente però il numero dei Maestri in Chirurgia Italiani. Erano a Parigi poco prima che si aprisse il Congresso il Bassini, il Durante, il D'Antona, provenienti da Londra, ove l' Associazione dei Chirurghi Inglesi aveva celebrato il centenario della fondazione del loro Istituto. Festa simpatica e cordiale, alla quale anch'io avevo avuto l'alto onore di essere invitato, ed alla quale con mio grande rincrescimento non avevo potuto assistere. Ai Chirurghi Inglesi, ed in special modo al loro Presidente stimato, il Mac-Cormac, ed al loro Compagno cui il

Mondo intero s'inchina, voglio dire Joseph Lister, giunga il saluto riverente e cordiale della Clinica Chirurgica, che con Loro combatte per la Scienza, per l'Umanità.

Mancavano, come dicevo, il Bassini, il Durante, il D'Antona; ne mancavano altri ancora, i quali avrebbero seguito il Rappresentante dell'Italia, Guido Baccelli, che aveva vittoriosamente ottenuto che la lingua Italiana fosse da ora in poi fra le lingue Ufficiali dei Congressi, se mentre erano disposti a rimanere a Parigi, o pronti a lasciare l'Italia per la Francia, una tristissima nuova non ci avesse colpiti tutti, non avesse arrestata ogni energia, non avesse impedito di pensare a qualsiasi cosa per quanto cara, e solo sommessamente mormorare: **Il Re Umberto I, il Re buono e leale, il nostro compagno nei giorni della sventura per curare l'anima come noi curiamo il corpo, è morto assassinato.** Sommessamente mormorare, perchè fu un parricidio, perchè fu la mano di un Bruto e non di un Uomo nato in questa nostra bella Terra, cui il sole sorride e feconda, che lo colpì nel cuore, in quel cuore che per noi e con noi batteva.

Che ora e per sempre si disperda quella razza di infami Assassini, che con la morte di un Uomo credono di uccidere un'Idea, un'Istituzione; che sieno maledetti, e si disperdano al vento le sozze ceneri della loro vituperata carcassa.

Il duolo della Nazione Italiana tutta si ripercosse anche a Parigi: fu la causa che si soppressero la maggiore parte delle feste pubbliche; fu la causa che il numero degli Italiani fosse scarso; fu la causa che questi non rispondessero all'appello delle Nazioni, e che, come disse il Presidente Lannelongue, tipo di perfetto Gentiluomo come di valente Chirurgo, i Membri Italiani del Congresso rimanessero nel loro dolore, nel loro raccoglimento. Ed il Lannelongue volle pure con un telegramma al Baccelli esprimere a nome di tutto il Congresso il dolore degli Scienziati ivi riuniti per la sciagura che aveva colpita l'Italia, e la devozione alla Casa di Savoia, simbolo di onore, simbolo di virtù, simbolo di coraggio.

*
* *

Ma riprendiamo il nostro cammino.

In un Rendiconto ampio, per quanto era possibile, la Clinica Chirurgica ha riassunto il Congresso per la Sezione di Chirurgia. Sommariamente renderà conto anche delle Sezioni di Chirurgia Orinaria, di Chirurgia infantile, di Ginecologia. Ma su di un argomento mi piace intrattenermi qui in modo speciale.

Lucien Piquè, chirurgo distintissimo e di grande valore aveva già portato nell'anno decorso alla tribuna della Società di Chirurgia l'importante tema della *Chirurgia degli alienati.* In quella stessa occasione si era pur anco discusso sul quesito delle psicosi, che sono in rapporto con traumi, con operazioni chirurgiche. Non è qui il caso di ritornare su quelle discussioni, che furono ampiamente riassunte in questo stesso giornale.

Il Picqué, da vero Apostolo, della sua idea, ha combattuto, ed ha vinto, ottenendo dal Consiglio generale della Senna l'organizzazione di un servizio di Chirurgia e la costruzione di un padiglione di Chirurgia nell'Asilo di Sant'Anna, nel quale è permesso di assistere in condizioni convenienti gli alienati sotto il punto di vista chirurgico.

Assistere gli alienati chirurgicamente, cioè operarli quando presentano una malattia chirurgica, scrive Picqué, pare *a priori* la cosa più semplice. Eppure gli ostacoli sono molti e ci è voluto un mezzo secolo per vincere la battaglia.

Il legislatore del 1838, che promulgò in Francia la legge sugli alienati non pensò nè ammise la possibilità di operazioni perchè li considerava come incurabili, ed il loro intervento non era che mezzo di protezione per la società. Intervenire in un alienato, dice Picqué, costituiva per molti un'opera sterile, e per taluni un'opera biasimevole. E l'argomento sentimentale basato su di un errore scientifico, che ha trattenuto per lungo tempo la mano del chirurgo. Ora la cosa ha cangiato del tutto d'aspetto.

Il primo quesito però che s' impone è quello che l' alienato in un Asilo è considerato come un minorenne, e quindi privo dei suoi diritti civili Può egli dare il consentimento suo ad un atto operativo? Ecco l'ostacolo legale. Per Picquè la conclusione è eccessiva e lo dimostreremo fra breve.

Intanto sorgeva un ostacolo di ordine amministrativo, e cioè la mancanza di qualsiasi impianto chirurgico nei Manicomî, e questo in tutti i paesi, se si eccettua un piccolo asilo a Tubinga, diretto dal Soemerling.

Ed un ostacolo di ordine scientifico si affacciava nel 1865 quando il Con- disgraziatamente potè provare un accesso di mania acuto consecutivo ad un'operazione nell' addome. Si moltiplicarono allora le osservazioni, ma la massima parte mancarono di rigore scientifico, e tutte avevano per unico scopo di intralciare la via al crescente progredire della chirurgia. E la vittoria fu nelle mani degli oppositori perchè al quesito: come operare un alienato, quando in un uomo sano di mente o riputato tale un atto operativo può cagionare il delirio? non si rispondeva efficacemente.

Nel 1880 però appaiono i lavori di Mairet di Montpellier, poi di Musis. di Seligmann, e quindi di Picquè, ai quali ne susseguono altri per dimostrare che la psicosi post-operatoria è una leggenda perchè mai le operazioni sugli alienati ne aggravarono la follia; perchè se vi furono disturbi cerebrali dopo operazioni questi avvennero solo quando vi erano state psicopatie anteriori più o meno gravi o si trattava di folli nel momento dell'intervento; perchè se si trattava di malati in queste condizioni si aveva a che fare o con alcoolizzati, o con intossicazioni cloroformiche od jodoformiche. L'opinione di Picquè si riassumeva quindi in questo concetto, che fu condiviso anche da Rayman d' Orleans, e cioè che se la chirurgia era suscettibile di esercitare un'influenza sulle condizioni cerebrali degli alienati era un'influenza piuttosto benefica, e la sua osservazione personale gli permetteva di affermare che la chirurgia interviene non per provocare dei disturbi cerebrali ma per migliorarli, od almeno guarirli in casi determinati. La Società di Chirurgia di Parigi ed il Congresso di Angers in massima furono di quest'opinione.

Bisogna ora vedere quale azione benefica può esercitare la chirurgia sul l'alienato.

È d'uopo confessare che fallì quella Scuola, rappresentata dall'Inghilterra dall'America che volle la cura sistematica della follia con l'intervento chirurgico. E l'insuccesso fu giustificato, perchè si cadeva nell' eccesso, come lo dimostrarono anche in Italia l'Angelucci ed il Pieraccini. Ma tale insuccesso portò anche conseguenze esagerate, perchè ritardò che potesse essere riconosciuta giusta la formula di « assimilare l' alienato al malato comune, operarlo come si farebbe se fosse libero, appoggiandosi su le indicazioni ordinarie della chirurgia e senza preoccuparsi in verun modo del suo stato mentale che per evitargli talune operazioni che potrebbero aggravare questo stato ». Questa l'idea del Picquè, il quale giustamente afferma pur anco che non è possibile negare l' influenza curatrice della chirurgia in talune forme di alienazione mentale.

Ma un'altra osservazione giusta fa il Picquè, ed è che oggidì nei Manicomi non ci sono più dei soli malati incurabili, ma ce ne sono anche dei curabili ricoverati per fare delle cure metodiche, od impedire ricadute, o per profilassi onde condurli ad una guarigione definitiva.

Ora questo porta che in questi malati non si devono più eseguire soltanto le operazioni urgenti, ma devono essere considerati come se fossero in società quindi devono essere operati in tempo perchè non divengano inoperabili o perchè non si aggravino malattie esistenti.

« Il chirurgo di Manicomio, dice Picquè, come nell' Ospedale, dev' essere pronto ad eseguire qualsiasi operazione di chirurgia dalla più semplice alla più complicata. Gli alienati, nel medesimo modo di quelli che non lo sono, hanno diritto alla cura chirurgica delle malattie di cui possono essere colpiti ».

In una parola sugli alienati devono essere eseguite tutte quelle operazioni, che si eseguirebbero se si trattasse di persone libere.

Qual'è la posizione del chirurgo in un Manicomio? « Medico e chirurgo non possono essere indipendenti l'uno dall'altro » perchè il malato prima di tutto non è che un alienato, ed il solo alienista potrà determinare i casi, nei quali le condizioni mentali sono suscettibili o no di determinare una controindicazione all'atto operativo. È questo accordo poi che conduce a constatare che talune forme di alienazione mentale possono guarire mercè un intervento chirurgico. È quello che provò il Picquè nel 1899 alla Società di Chirurgica, e ciò che hanno provato altri chirurghi dimostrando il rapporto fra talune malattie pelviche della donna e la follia.

In quanto alla posizione giuridica fra alienato e chirurgo è semplice. Trattandosi di un alienato, e quindi come se si avesse a che fare con un minorenne è la famiglia, che, a torto od a ragione, deve accettare o rifiutare l'intervento chirurgico proposto. Ma questo diritto della famiglia o del tutore non deve essere assoluto perchè potrebbe non essere disinteressato. Il Billod afferma che il chirurgo alienista ha il diritto ed il dovere di operare malgrado le famiglie: Boiard è quasi dello stesso parere: Picquè invece crede inaccettabile il parere sebbene razionale. Non appartiene al medico, scrisse Picquè, di modificare le tradizioni che hanno quasi acquistata una forza legale: conviene modificare la legge sul regime degli alienati.

Intanto la campagna promossa dal Picquè ha raggiunto il bel resultato che a Sant'Anna è stato costruito un padiglione per la Chirurgia. Questo egli diceva al Congresso. Possa quest'esempio della Francia, frutto dell'iniziativa di Luciano Picquè, essere seguito da altri paesi.

31 Agosto 1909.

ANDREA CECCHERELLI.

RIVISTA SINTETICA

LO STIRAMENTO DEI NERVI

nella cura

DELLE ULCERI DA VARICI

Le varici, affezione così comune ed in apparenza così benigna, espongono gli ammalati a delle gravi complicanze, e col tempo portano delle modificazioni profonde negli arti. Richiamiamo in poche parole le conseguenze leggere o gravi, ma sempre noiose, delle varici. Si possono dividere in cinque gruppi:

1.° Alterazioni nell'estetica. In alcuni ammalati si osserva una colorazione bluastra diffusa a tutto l'arto, e la pelle prende una tinta asfittica, dovuta alla dilatazione di tutte le piccole vene del derma. Altre volte si osservano delle dilatazioni ampollose, irregolari, dapprima limitate ma che poi si estendono, se il soggetto è predisposto, a tutta la superficie dell'arto inferiore, o si localizzano in una sola regione e formano sia al polpaccio che alla radice della coscia degli estesi pacchetti irregolari a « Testa di Medusa ». I gozzi venosi possono progressivamente distendere la pelle, farsi salienti, ed assumere l'aspetto detto a « sacco di noci ».

2.° Turbe funzionali. Spesso non sono in rapporto colla dilatazione apparente delle vene, e consistono in senso di pesantezza, dolori e, qualche volta, nevralgie. Questi disturbi dapprima sono passeggieri e si dileguano col riposo, in seguito si fanno mano mano più penosi e persistenti.

3.° Turbe infiammatorie. Si ha abbastanza spesso la flebite adesiva cui residuano delle masse indurate generalmente dolorose; e la flebite suppurata, poco grave quando è localizzata, ma da cui è possibile che insorgano infezioni purulente e settico-pioemia. In seguito alla flebite si sono avuti dei casi di embolia. Lennander d'Upsala ha dimostrato che tutte le operazioni praticate su un varicoso che lo obbligano al riposo in letto prolungato, espongono alla flebite con successiva trombosi delle vene varicose. Lennander attribuisce questa trombosi postoperatoria alla prolungata immobilità nel decubito orizzontale, al dolore che rende meno profonde le inspirazioni, ed alle alterazioni che il cloroformio può determinare sul cuore. Recentemente abbiamo potuto osservare un caso di queste flebiti post-operatorie in un rachitico varicoso operato di cura radicale d'ernia, guarito perfettamente per prima intenzione.

4.° Le rotture. La rottura interstiziale determina la formazione d'ematomi che possono suppurare e portare lo sfacelo. Ho potuto osservare un caso di questo genere in una donna di Canneto, certa Palma Manfredi d'anni 45, in cui si ebbe necrosi ed eliminazione di un ampio lembo di cute lungo sette largo cinque centimetri. Ottenni la guarigione trapiantando sull'ampia piaga granuleggiante dei lembi dermo-epidermici tolti dalla faccia anteriore della coscia, e resecando la safena alla Trendelemburg.

La rottura dei gozzi venosi superficiali, considerata da taluno come un accidente senza importanza, può portare emorragie gravissime ed anche la morte.

5.° Turbe trofiche. In questi arti in cui la nutrizione è rallentata si sviluppano con facilità delle linfangiti croniche, e l'edema superficiale e profondo produce una pseudo elefantiasi dell'arto. I muscoli male irrorati da sangue dissociati dall'edema presentano delle degenerazioni semplici, o delle miositi con successiva diminuzione della potenza funzionale. In quanto alla pelle vi si sviluppano l'eczema superficiale, e le ulceri varicose colle loro conseguenze irritative, e le loro complicanze infettive, rare ma possibili. Così nel bilancio delle varici si hanno accidenti multipli, serî, spesso gravi. Se si aggiunge che l'andamento dell'affezione è lentamente, ma fatalmente progressivo, si comprenderà la necessità di un trattamento energico. Ma perchè la cura sia razionale dovrà essere rivolta non solo a combattere le complicanze ma ad eliminarne la causa.

***

La patogenesi delle complicanze delle varici è doppia. Alcune volte sono la conseguenza di modificazioni circolatorie dovute alla dilatazione venosa, altre volte si presentano come turbe trofiche dominate dallo stato costituzionale causa prima delle varici, o da processi neuritici.

I. *Turbe che le varici portano nella meccanica circolatoria.* — In un arto normale la circolazione venosa, in grazia delle numerose valvole, si fa a gradini. Prendendo in considerazione una vena intramuscolare, o superficiale del polpaccio in un soggetto sano, e seguendo la serie di fenomeni di cui è sede si constatano i fatti seguenti. Il sangue che proviene dai capillari riempie la vena; quando sopravviene una contrazione muscolare il muscolo aumenta di volume, comprime la vena intramuscolare, ed appiattisce sull'aponeurosi le vene superficiali. Il sangue compresso da tutte le parti fugge nella sola direzione lasciata libera dalla disposizione delle valvole, cioè verso il cuore. Col cessare della contrazione muscolare, le pareti della vena non sopportando più alcuna pressione, il segmento venoso considerato è vuoto e beante, ed il sangue che in questo tempo si è accumulato nel segmento sottostante vi penetra facilmente. Essendo questo ragionamento applicabile a tutte le parti dell'arto inferiore, si vede che il sangue contenuto in un tronco venoso non forma mai una colonna continua, ma una serie di piccole colonne, e che la pressione sopportata dalle valvole è uguale alla loro superficie moltiplicata per l'altezza del segmento intravalvolare, vale a dire sempre minima.

Nei varicosi le condizioni di questa circolazione sono profondamente modificate. La vena si sfianca, si dilata, e le valvole non sono più sufficienti per obliterare il lume vasale; oppure, invase da un processo di sclerosi, le valvole si retraggono lungo la parete e cessano di obliterare il lume vasale, così che il sangue, forma una colonna non interrotta dal cuore all'estremità dell'arto. La pressione esercitata sugli elementi anatomici è uguale a quella che esercita una colonna liquida la cui altezza è rappresentata dalla distanza di questi elementi dall'orecchietta destra; questa colonna è estesa e misura nei punti più bassi dell'arto un metro e mezzo circa.

Il sangue spinto dal cuore ed all'elasticità delle arterie arriva nei capillari, ma non trova più davanti uno spazio in cui la pressione è debole ma una vena già riempita da liquido in tensione, quindi gli scambi chimici che si fanno a livello dei capillari sono profondamente modificati, e la nutrizione profondamente alterata. Queste sono delle considerazioni teoriche di cui non si può dare una dimostrazione assoluta, però esistono dei dati di fatto che vengono in loro appoggio.

Kraemer ha potuto dimostrare anatomicamente l'insufficienza valvolare; sette volte ha potuto estirpare la safena in totalità ed ha constatato la scomparsa assoluta delle valvole. Trendelemburg, che pel primo ha portato l'attenzione sull'insufficienza valvolare, ne ha descritto le conseguenze cliniche. In un arto sano il sangue venoso circola dal basso all'alto, e la vena è facilmente

depressibile; se invece si esamina un varicoso in piedi si sente che la vena è fortemente tesa sotto le dita. Ciò avviene perchè la circolazione non si effettua più nel modo fisiologico ma il sangue subisce l'influenza della gravità: infatti se si palpa la vena mentre l'ammalato è in piedi e poi lo si fa coricare si sente immediatamente che la tensione diminuisce. Se si anemizza l'arto tenendolo elevato, e poi si fa alzare in piedi l'ammalato comprimendo la safena alla sua origine, la vena resta appiattita in tutta la sua estensione, ma se si tralascia di comprimere, la vena si riempie dall'alto al basso e diviene turgida. La circolazione è adunque invertita.

Pietro Delbet ha dato una dimostrazione ancora più diretta di questo fenomeno. In un ammalato affetto da insufficienza valvolare ha introdotto la branca di un manometro nella safena ed ha constatato che quando l'ammalato era disteso in letto. la pressione, nel capo superiore della vena era di 1 centim. e 6 millim. di mercurio, quando l'ammalato era in piedi e faceva uno sforzo la pressione era di 16 centim. e 6 millim., e di 26 centim. quando faceva uno sforzo violento. Questi fatti provano in modo sicuro che in un ammalato di varici le turbe circolatorie sono profonde, la safena è più dannosa che utile, e si capisce che la vitalità dei tessuti così male irrorati debba essere modificata profondamente. Esperienze di ugual genere sono state eseguite anche dal Vignolo.

II. *Lesioni nervose concomitanti alle varici.* — Oltre che le vene negli arti affetti da varici sono spesso ammalati anche i nervi, ed il Quenù ha dimostrato che nei filamenti nervosi, e perfino nel tronco dello sciatico, si riscontrano le lesioni proprie della neurite peri ed intrafascicolare. Queste lesioni erano state precedentemente indicate dal Gombault e Reclus. Il Delbet dà ad esse una grande importanza e ritiene che siano la causa principale delle ulceri e delle alterazioni cutanee.

Clinicamente la prova di un'azione nervosa è manifesta. Le alterazioni del derma negli arti varicosi richiamano le turbe trofiche; l'eczema cronico e le dermatiti che spesso precedono l'ulcera hanno una grande analogia d'aspetto colle lesioni cutanee osservate dopo la sezione dei nervi. Il fondo grigiastro delle ulceri, i loro bordi sollevati, la secchezza e l'inspessimento dei tegumenti che la circondano, ricordano l'aspetto del male perforante la cui origine neuritica è comunemente ammessa. Reynier ha osservato nelle varici delle modificazioni trofiche nei peli; Terrier e Scigournet delle turbe nella sensibilità, specialmente della sensibilità termica ed un ritardo nella percezione, Richet la scomparsa della sensibilità elettrica. In alcuni soggetti coesistevano ulceri varicose ed ulceri perforanti. Infine si sono osservate di queste ulceri in arti nei quali le vene erano pochissimo varicose ed a valvole continenti.

***

Da quanto si è detto risulta che nella patogenesi delle ulceri da varici hanno una parte rilevante le modificazioni meccaniche del circolo, ma che non bisogna del tutto trascurare le concomitanti alterazioni nervose La terapia dunque per essere efficace deve rivolgersi a questi due elementi vasale e nervoso.

Fino a poco tempo fa si è sempre cercato soltanto di riparare alla turbata meccanica circolatoria con svariati mezzi. Col riposo in letto, con fasciature o calze elastiche, con iniezioni coagulanti nei gozzi venosi, colla legatura della vena safena, coll'estirpazione dei gozzi venosi o della safena stessa, colla cura Moreschi. Schwartz, come il Trendelemburg, fa la legatura della safena e l'estirpazione dei pacchetti varicosi, ma vi associa l'asportazione di larghi e lunghi lembi cutanei che permettono la formazione di una vera calza elastica naturale costituita dai tegumenti stirati e suturati. Questo nuovo metodo è stato suggerito alla Schwartz dall'osservazione che come uno scroto flaccido ed allungato che sostiene male il testicolo accompagna spesso il varicocele, così nei varicosi la pelle della coscia e della gamba spesso presenta una notevole atonia. Quindi pensò di resecare la pelle esuberante, come si reseca la pelle dello scroto nella

cura del varicocele. L'operazione deve essere condotta con un'accuratissima asepsi. Innanzi tutto si lega e si reseca la safena alla coscia e si asportano i pacchetti varicosi, se ce ne sono, poi si traccia sulla faccia interna della gamba un lembo fusiforme che comincia immediatamente al disotto del ginocchio, e che finisce a livello del malleolo interno. Il lembo largo da 5 a 6 centimetri è calcolato in modo che la sutura possa avvicinare i margini della perdita di sostanza ma soltanto usando di una certa forza. L'ulcera cutanea è tolta col territorio cutaneo esciso, o se ciò è impossibile cauterizzata profondamente. In seguito si applicano le legature, la sutura e la medicatura. Il risultato di solito è eccellente.

La resezione delle vene ha dato dei buoni risultati ma non è sempre innocua, perchè si sono avuti dei casi di embolia polmonare dovuti allo staccarsi di parti del trombo formatosi al disopra della legatura. Questo accidente si verifica con maggiore facilità quando al disopra della legatura si hanno dei rami collaterali pei quali il sangue viene a battere contro il coagulo e lo distacca.

Questi metodi, cui abbiamo accennato, trovano il loro impiego razionale tutte le volte che si hanno delle varici ad alta tensione con insufficienza valvolare, perchè non sono rivolti che all'alterata meccanica circolatoria.

*
* *

Che cosa si deve dunque fare quando si hanno delle ulceri senza gravi lesioni venose, dovute non a ristagno del sangue ma a lesioni neuritiche? In questi casi non pare logico resecare le vene che non sono o poco ammalate, ma bisogna curare l'ulcera e sopratutto la causa che la produce, cioè la neurite. Questa idea è venuta contemporaneamente a Delbet e Chipault (1899). Lo Chipault aveva già precedentemente fatti degli studi sia sperimentali che clinici, sull'azione trofica dello stiramento dei nervi, ed era rimasto convinto che lo stiramento dei nervi di un arto porta un miglioramento notevole, o la guarigione delle turbe trofiche di cui è affetto. Propose quindi lo stiramento dei nervi nella cura delle ulceri perforanti del piede con buoni risultati, ed infine estese tale trattamento alle ulceri da varici, considerando che molte volte le così dette *ulceri da varici* non sono che lesioni trofiche.

La tecnica proposta dallo Chipault, è la medesima di quella che l'A. segue nel trattamento del mal perforante, e comprende due tempi: allungamento del nervo e trattamento dell'ulcera.

1.° Lo stiramento del nervo deve essere fatto, come pel mal perforante, a distanza media dell'ulcera, e deve praticarsi, a seconda dei casi, sull'una o sull'altra delle branche nervose che si distribuiscono alla pelle della gamba. L'operazione si pratica comunemente sul n. safeno interno, o sul muscolo cutaneo all'uscita dell'interstizio muscolare, oppure contemporaneamente sull'uno e sull'altro. In certi casi, perchè l'ulcera è situata sul territorio comune al tibiale posteriore ed al muscolo cutaneo si fa lo stiramento del n. sciatico popliteo esterno.

2.° Il secondo tempo del trattamento dell'ulcera consiste nel disinfettarla e scucchiaiarla, se è profonda, nell'estirparla se è superficiale. In questo ultimo caso, dopo una disinfezione molto accurata, si delimita con due incisioni curvilinee un lembo fusiforme che comprende l'ulcera. L'incisione non deve sorpassare l'aponeurosi dalla superficie della quale il lembo sarà staccato in totalità. I bordi della ferita sono suturati dopo di avere praticato un'accurata emostasi. Annodati i fili di sutura le labbra dei lembi debbono essere in perfetto contatto.

Cinque casi trattati dallo Chipault con questo metodo sono guariti.

Delbet anzichè lo stiramento dei nervi della gamba, pratica la dissociazione dello sciatico perchè ritiene che questo n. contenga la maggior parte dei n. vasomotori dell'arto inferiore.

La tecnica è la seguente: si fa coricare l'ammalato sul ventre colla testa fuori del letto per rendere più facile l'anestesia, la natica che corrisponde allo stesso lato dell'ulcera è accuratamente disinfettata. Si pratica un'incisione di

sei centim. sulla coscia parallelamente all'asse dell' arto a due dita trasverse al di fuori dell'ischio. L' estremità superiore dell' incisione è tracciata in modo da scoprire i due centim. inferiori della faccia posteriore del grande gluteo. Si incidono successivamente, la pelle, il cellulare sottocutaneo, l' aponeurosi e si scopre nell' angolo superiore della ferita il grande gluteo che viene spostato in alto con un divaricatore. Successivamente seguendo il margine esterno del tendine del muscolo bicipite si trova immediatamente al disotto di questo il n. ischiatico, che si isola colla sonda e si porta in fuori. Sostenendo il nervo su di un corpo smusso, se ne pratica la dissociazione colla sonda, facendola scorrere lungo il nervo e facendone penetrare l'estremità a poco a poco tra i fascetti nervosi. Il nervo deve essere dissociato per 4-5 centim. e ciascun fascetto isolato deve presentare il diametro di circa 3 millimetri. L'emorragia è insignificante e si arresta in modo spontaneo. Come si vede l'operazione è molto semplice; l'ammalato appena svegliato non accusa nessun dolore nè a livello della parte dissociata, nè a distanza sull'arto.

Il Delbet ha trattato tre casi di ulceri da varici colla dissociazione del n. sciatico ottenendo due guarigioni ed un miglioramento.

*
* *

Il numero dei casi di ulceri da varici trattati collo stiramento, o colla dissociazione dei nervi è così scarso da non permettere di fare degli apprezzamenti sull' utilità del nuovo metodo di cura. Ma riflettendo che in essa si trascura affatto uno degli elementi etiologici più importanti, cioè la stasi venosa — perchè lo stiramento dei nervi non può ridare la tonicità, o rendere sufficiente la vena safena sfiancata ed a valvole retratte — ci pare destinato a fallire tutte le volte che i disturbi di circolo sono gravi e profondi. Per tutti questi casi la resezione della safena, o la cura Schwartz, o la cura Moreschi danno maggiori garanzie.

Però gli insuccessi che si hanno anche coi metodi più razionali, come il Moreschi, che sottraggono completamente la parte ulcerata all' azione dannosa dell' esagerata pressione del sangue venoso, mostrano che per guarire l' ulcera non basta sempre togliere la stasi; forse perchè la stasi prolungata e la concomitante neurite (Quenù) hanno troppo profondamente compromessa la vitalità dei tessuti ed impediscono una pronta e duratura guarigione.

Nei casi più gravi ci pare quindi utile di associare alla cura Trendelemburg o Moreschi lo stiramento dei nervi della gamba alla Chipault, o la dissociazione dello sciatico alla Delbet, la cui efficacia per ridestare l' assopita attività degli elementi pare assodata. Due casi trattati con questo metodo misto dal Bardesco guarirono perfettamente.

Lo stiramento solo potrà essere utile nei casi in cui le ulceri dipendono quasi esclusivamente da lesioni nervose, essendo le vene poco ectasiche e le valvole continenti. È infatti in queste condizioni che si sono avuti dei successi.

AURELIO CORDERO.

XIII.° CONGRESSO INTERNAZIONALE DI MEDICINA

Parigi 2-9 Agosto 1900

Sezione di chirurgia urinaria

LE OPERAZIONI CONSERVATRICI NELLA RITENZIONE RENALE.

KUSTER (Marbourg). 1.° Si hanno due gruppi di ritenzione renale:

a) La ritenzione primitiva, rene sacciforme, cistonefrosi.

b) La ritenzione secondaria, l'empiema del rene, il cui punto di partenza è la pielonefrite. Noi eviteremo di parlarne poichè rende quasi sempre necessarie delle operazioni radicali.

2.° Il nome di « rene sacciforme » si estende a tutte le ritenzioni primitive prodotte da ostacoli allo scolo dell'urina, senza tener conto del contenuto, il quale può essere purulento, acquoso, urinoso, viscoso ed anche polposo.

3.° L'impedimento allo scolo dell'orina, ad eccezione di qualche caso molto raro, è situato nell'uretere, e specialmente nella parte superiore di questo.

4.° Le ritenzioni renali a livello del bacinetto debbono essere trattate conservando il rene, anche quando il rene dell'altro lato è sano.

5.° Si hanno quattro gruppi di processi conservatori.

A. « *Fissazione del rene lussato* » (nefropessia secondo Gujon). Molte volte è necessario di combinare questa operazione semplice con altre operazioni: distacco dell'uretere ed una operazione plastica.

B. « *Formazione d'anastomosi* » tra:

1.° Uretere ed uretere.

2.° Bacinetto ed uretere.

3.° Bacinetto e vescica.

Queste operazioni non si possono approvare che a condizione di evitare la formazione di spazî morti che potrebbero determinare la formazione di calcoli urinari.

C. « *Operazioni plastiche con resezione dell'uretere e senza resezione* ».

1.° Pieloptychia (I. Israël).

2.° Incisione delle valvole e sutura trasversa.

3.° Resezione dell'uretere stenosato.

4.° Uretero-pieloneostomia. Processo di Trendelemburg e di Küster.

D. « *Resezione parziale del rene* ».

1.° Resezione del bacinetto e sutura (Albaran).

2.° Resezione cuneiforme della sostanza renale in caso di idronefrosi su dei reni a ferro di cavallo.

IEUGER. — **Operazioni conservatrici nella ritenzione renale.** La sede dell'ostruzione può essere nei calici; in una delle branche dell'uretere; nel fondo del bacinetto, all'origine dell'uretere, o nell'uretere stesso. Qualunque sia la sede l'ostruzione porta una cistonefrosi totale o parziale. La cura varia a seconda della sede della stenosi e consiste o nella spaccatura del rene, nell'aprire i tramezzi tra un calice e l'altro od in plastiche ed innesti dell'uretere.

BAZY (Parigi). — **Operazioni conservatrici nella ritenzione renale.** Si dice che esiste una ritenzione renale quando l'urina soggiorna in modo costante nei calici, o nel bacinetto perchè non può scolare liberamente.

Questo ostacolo può essere situato nell'uretere, dalla sua origine fino al suo termine, nella vescica e nell' uretra. Noi non ci occuperemo di questa ultima serie di casi.

Gli ostacoli che hanno sede nell'uretere ponno riscontrarsi al principio, alla fine o lungo il suo decorso; e sono costituiti da restringimenti, da gomitature, da inserzione viziosa o da calcoli.

1.° Le gomitature risiedono in generale, se non esclusivamente, alla estremità superiore dell'uretere. Il loro studio si confonde con quello del rene mobile, e con quello dell'inserzione viziosa dell'uretere sul bacinetto.

2.° I calcoli possono trovarsi in tutti i punti dell'uretere; ma sono più frequenti nell'estremità superiore e nell'inferiore.

3.° Anche i restringimenti si possono trovare in tutti i punti dell'uretere, ma la loro sede di elezione è l'estremità superiore o l'inferiore.

Questi restringimenti possono essere dovuti ad una lesione delle pareti del condotto, od a lesioni infiammatorie degli organi vicini (perimetrite, perinefrite ecc.) che producono del tessuto di cicatrice, il quale comprime e restringe l'uretere. Questo restringimento esiste sempre nei casi di fistole uretero-vaginali.

Le ritenzioni renali possono essere intermittenti, remittenti, e continue.

Le due prime forme appartengono alle due prime categorie: gomitature, inserzioni viziose, rene mobile da un lato, calcoli del bacinetto dall'altro.

Le ritenzioni continue o permanenti sono prodotte qualche volta da calcoli, ma sopratutto da restringimenti la cui azione è progressiva e permanente, l'ultimo termine è l'idronefrosi chiusa o la pionefrosi chiusa.

C'è un'altra distinzione importante. La ritenzione può essere settica od asettica. Le asettiche costituiscono le idronefrosi; le settiche comprendono le idronefrosi infette, e le pionefrosi.

Le operazioni conservative non sono indicate che quando il rene può essere ancora utile e non una sorgente di pericoli: l'indicazione è più precisa nei casi di idronefrosi semplice, è meno netta nei casi di idronefrosi infetta, è assoluta nei casi di rene unico qualunque sia lo stato del rene.

Il trattamento varia secondo le specie considerate.

I calcoli debbono asportarsi, sia colla nefrotomia, sia colla ureterotomia, o col taglio vescico ureterale e vagino-ureterale. Questi due ultimi interventi sono eccezionali.

Le gomitature possono guarire in modo spontaneo, o colla nefropessia.

Le inserzioni anormali dell'uretere si possono trattare con operazioni plastiche che portano il nome di uretero-pieloneostomie.

I restringimenti si possono trattare, in via eccezionale, colla dilatazione, o coll'operazione anaplastica, (ureterotomia nel mezzo, uretero-pielo-neostomia in alto, uretero-cisto-neostomia in basso).

Le operazioni anaplastiche si fanno per via transperitoneale o lombare. Nei casi settici si segue la via lombare.

L'anastomosi dell'uretere colla vescica si fa per via addominale, e di preferenza per via transperitoneale con incisione mediana. Le operazioni per via vaginale sono da rigettarsi.

In tutti i casi è assolutamente indispensabile di sopprimere il restringimento.

L'infezione dell'uretere e del bacinetto non è una contro-indicazione all'operazione.

Gli ascessi del rene controindicano ogni intervento anaplastico.

I risultati operatori che datano da sette anni per gli antichi operati vengono in appoggio alle conclusioni espresse più sopra.

ALBARRAN. — **Operazioni conservatrici nella ritenzione renale.** Nei casi di ritenzione renale dovuti o ad inserzione troppo alta dell'uretere nel bacinetto dilatato; o ad inserzione obliqua dell'uretere nel bacinetto dilatato con formazione di una valvola che impedisce all'orina di scolare, od infine ad un restringimento della porzione iniziale dell'uretere adotta l'anastomosi pielo-ureterale.

Questa operazione si esegue passando una sonda nell'uretere, aprendo largamente la saccoccia renale e praticando nel punto più declive di essa una incisione

le cui labbra sono suturate a quelle di un' altra incisione longitudinale praticata nell'uretere. Si passa quindi una sonda ureterale a permanenza che esca dal meato orinario, e la cui estremità superiore penetra nel rene attraverso l'anastomosi.

Sopra 6 casi l'A. ha avuto 6 successi,

F. LEGNEU approva le operazioni conservatrici nella ritenzione renale tutte le volte che non si ha da fare con idronefrosi molto voluminosa (a due o tre litri di contenuto) in questi casi preferisce la nefrectomia.

L'A. preferisce l'anastomosi laterale all'anastomosi terminale, e pratica l'operazione dalla via lombare perchè meno pericolosa.

KÜMMEL (di Amburgo). — **Il limite di congelazione del sangue e dell'orina per constatare la funzione renale.** Secondo le ricerche di Korangi e dell'A. risulta che nelle affezioni renali in cui questi organi non sono più sufficienti agli scambi nutritivi il sangue diventa più concentrato ed invece di coagulare a — 0 gradi 56 come normalmente, ha bisogno di una temp. più bassa — 0,60 — 0,65 e perfino — 0,71°.

Anche l'abbassamento del punto di congelazione dell'*urina* ci dà dei criteri sulla funzione dei reni. L'abbassarsi del punto di congelazione dell'urina al disotto di o gradi 9 ci fa supporre un insufficienza renale.

D'ANTONA (Napoli). — **Indicazioni della nefrectomia in generale e specialmente nei tumori maligni del rene.** La nefrectomia si pratica quando si può ammettere la distruzione o la degenerazione del rene per processi di antica data, e nei casi di tumori maligni (epitelioma, fibroma, sarcoma).

LEOPOLDO CASPER (Berlino). — **Ricerche sul cateterismo degli ureteri.** L' A. conclude che la prova della florizina è la reazione più delicata per apprezzare lo stato della funzione renale.

J. ALBARRAN. — **La sonda ureterale a permanenza nel trattamento preventivo e curativo delle fistole renali.** Secondo l'A. mettendo nell'uretere un catetere a permanenza di cui uno dei capi esce dal meato urinario, e l' altro pesca nel bacinetto si può evitare, assicurando lo scolo perfetto dell'urina, la formazione di una fistola dopo la nefrectomia, e guarirla quando questa si è già formata.

La sonda ureterale può essere messa in posto o imboccando direttamente l'uretere col sussidio della cistoscopia, o facendola penetrare nell' orificio di sbocco dell' uretere nella pelvi, ed afferrandola, quando sia giunta in vescica, con un litotritore col quale si può portare fuori del meato urinario.

M. MANKIEWICZ (Berlino). — **Operazione su di un rene quando l' altro rene è ammalato o manca totalmente.** L'A. insiste con ragione sull'utilità del *uretero-cateterismo*, il quale permettendoci di raccogliere separatamente l' urina dai due reni, ci rende conto non solo della presenza ma anche della funzione singola dei due organi. Il metodo migliore per esaminare la funzione renale è di produrre una glicosuria artificiale coll'iniezione sottocutanea di floriszina.

ESCAT (Marsiglia). — **Nefronevrosi vasomotrice e secretoria.** Caso clinico. Aperto il rene tutti gli accidenti nervosi sono cessati; la soppressione della tensione intrarenale ha agito sopprimendo i riflessi vasomotori e secretori.

ENRICO REYTÈ (Marsiglia). — **Ematuria pseudo-essenziale dovuta ad un neoplasma del rene; nefrectomia. Guarigione.** Non si palpava nessun tumore, l'unico sintomo erano delle ematurie incessanti che duravano da un anno. La cistoscopia ha permesso di escludere che si trattasse di emorragie vescicali.

POUSSON (Bordeax). — **Del riflesso reno-renale in patologia.** L' A. mette in evidenza che non solo le affezioni chirurgiche di un rene, ma anche le affezioni mediche portano delle alterazioni prima funzionali e poi anche anatomiche nel rene sano. Stanno a prova di questo fatto l' anuria che scompare completamente estirpando il rene ammalato. Questo prova che il rene sano era inceppato nella sua funzione.

MICHOU e PASTEAU (Parigi). — **Le piccole ritenzioni renali nel rene mobile.** Si possono curare col cateterismo dell'uretere che, ben fatto, è innocuo. Se questa cura fallisce si deve ricorrere alla nefrorrafia.

Trekaki (Alessandria). — **Il rene mobile negli Arabi.** Nelle donne Arabe il rene mobile è comunissimo (42 su 100). L'A. fa notare che queste donne non portano nè corsetti, nè cinture: quindi ritiene molto problematica l'importanza del busto nell'etiologia del rene mobile.

Guillet (Caen). — **L'intervento nei tumori maligni dei reni.** Casi clinici. L'A. consiglia, quando il tumore è molto voluminoso il metodo transperitoneale.

Sylvi Saxtorf (Copenhagen). — **L'intervento chirurgico nella tubercolosi della vescica.** La tubercolosi vescicale è sempre di natura secondaria, e non può essere sottoposta ad alcun trattamento radicale se prima non si toglie la sorgente d'infezione. Tolta questa (quando è possibile) si pratica la cistotomia soprapubica e si estirpa col bistorì, colla forbice e colla cucchiaia la mucosa ammalata. Si fa sempre seguire una energica cauterizzazione col termocauterio.

Alberto Hogge (Liegi) parla della **tubercolosi uretro-genitale.** L'intervento chirurgico è da preferirsi all'aspettazione ed alla cura medica. Nella tubercolosi del testicolo si ha tendenza a sostituire la resezione della parte ammalata, all'orchiectomia.

Pousson. — **L'intervento chirurgico nella tubercolosi renale.** Parlano su questo argomento anche Hamonic, Carlier, Loumeau, Albarran, Legneu e Motz. Gli OO. si trovano d'accordo nel preferire la nefrectomia alla nefrotomia quando le condizioni generali dell'ammalato lo permettano. Nella tubercolosi vescicale da buoni risultati palliativi la cistotomia soprapubica. Lavaux è contrario alla nefrectomia precoce.

Casper mette in rilievo l'utilità del cateterismo degli ureteri, il quale ci permette di conoscere la funzione di ciascun rene esaminando la quantità di urina, la concentrazione molecolare, e la quantità di zucchero secreto dopo l'iniezione della *flecorizina.*

Mankiewicz, Carlier e Nicolich parlano sullo stesso argomento,

Le Clerc Daudoy (di Bruxelles). — **Nuovo processo di drenaggio vescicale dopo la cistotomia soprapubica.**

Carlier (Lilla), Michailowski (Filippopoli), Delagrammatica (Costantinopoli), parlano **sulla sutura totale della vescica dopo la cistotomia soprapubica.** Tutti ammettono l'utilità della sutura vescicale, ad uno o a due piani. Nelle prime giornate dall'operazione è necessario porre il catetere a permanenza. Molti preferiscono nella sutura vescicale il catgut alla seta.

Léon Imbery (Montpellier). **Intorno alla riparazione spontanea delle ferite vescicali.** L'O. ha fatto le sue esperienze sui conigli ed ha visto che le piccole ferite e le piccole perdite di sostanza praticate nella vescica di questi animali cicatrizzano spontaneamente.

Loumeau (Bordeax). — **Nuovi casi di fistola vescico-vaginale trattata collo sdoppiamento.** Cinque casi con cinque successi.

Hugh e Voung (Battimora). — **Cistite da bacillo del tifo.** Caso clinico.

Escat (Marilia). — **Leucoplasia vescicale primitiva emorragica.** Due casi clinici. Vennero trattati con scarificazioni profonde praticate col termocauterio e col drenaggio ipogastrico prolungato.

Pasteau (Parigi). **Infezione gangliare nei neoplasmi della vescica.** Contrariamente a quanto si ammetteva tempo fa che i neoplasmi vescicali non producessero infezione glandolare l'O. ha trovato che in 76 casi °[0] si ha degenerazione delle glandole iliache, e 24 °[0] degenerazione delle glandole lombari. La diagnosi può essere possibile coll'esplorazione addominale e rettale combinata.

Chevalier (Parigi). — **Scucchiaiamento della vescica per litiasi vescicale.** Tutta la vescica era tappezzata da incrostazioni calcaree, che vennero tolte colla cucchiaia. Guarigione.

Trekaki (Alessandria). — **I calcoli orinari in Egitto.** L'O. ne attribuisce la frequenza all'uso dell'acqua limacciosa del Nilo, ed alla presenza nel sangue delle ova della *Bilbazia hematobia.*

PREINDLSBERGER (Savaveio). — L'O. ha studiato la litiasi vescicale nella Bosnia, ed attribuisce una certa importanza nella produzione di questa malattia alle acque ricche di sali calcari e di magnesia.

KALLIOURIS (Atene) crede che una delle cause della calcolosi vescicale sia la dieta vegetale e l'abuso dei pomodori freschi.

PAVONE (Palermo), SEPP (Amsterdam), SUAREZ DE MENDOZA (Madrid[, PASTEAU (Parigi) e REJNÈ espongono all'assemblea alcuni casi clinici.

FRISCH (Vienna), LEGUEU (Parigi), POUSSON (Bordeaux), HARISSON (Londra), NICOLICH (Trieste), LOUMEAU (Bordeaux), RAURON DE GUITERAS (New-Yorch), FRAUK (Berlino), HOGGE (Liegi), DESMOS (Parigi), MATZ (Parigi), ALBERT (Berlino), parlano **sul trattamento chirurgico dell'ipertrofia prostatica** portando il contributo della esperienza personale. Da questa lunga discussione risulta che gli O. preferiscono l'emasculazione, la resezione dei deferenti, la prostatectomia parziale o totale, o l'operazione di Bottini a seconda dei risultati praticamente ottenuti su questo capitolo così importante di terapia non si ha ancora unità di vedute e di indirizzo.

FRANK (Berlino). — **Lesioni blenorragiche della prostata.** L'O. ammette che in tutte le uretriti blenorragiche posteriori la prostata si ammali. La terapia consiste nel massaggio del focolaio ammalato per la via rettale.

ALBARRAN e COLTET. — **Infezioni urinarie dovute a microrganismi anerobii.** Comunicazione interessante la quale mette in rilievo l'importanza che hanno i microrganismi anerobi nelle infezioni urinarie. I microrganismi trovati più spesso sono il *micrococcus fetidus*, il *bacillus fragilis* ed il *diplococcus reniformis*. La fetidità del pus ed i fenomeni gangrenosi sembrano in rapporto coll'azione delle specie anerobie.

NANU (Bucarest). — **Un caso di bacteriuria.** Le orine erano estremamente fetide e contenevano una grandissima quantità di *coli-bacilli*.

GIULIO JANET (Parigi) ha ottenuto dei buoni risultati curando la bacteriuria colla urotropina che è benissimo tollerata dal rene e dal ventricolo molto di più del salolo. Dose gr. 0,25 — 0,75 in ostia prima dei pasti. Si curi contemporaneamente l'intestino con leggieri purganti e col massaggio.

C. BRUNI (Lilla). — **Rapporto tra la tossicità dell'urina e la sua immunizzazione. Ricerche sperimentali.** I conigli si abituano all'iniezione endovenosa di dosi successivamente crescenti della propria urina in modo da sopportare il doppio della dose mortale.

BARTHÉLÉMY GUISY (Atene). — **Nevropatie e psicopatie urinarie.** Manifestazioni nervose e psichiche possono essere dovute a lesioni delle vie orinarie, e guariscono col guarire di quelle.

LAVAUX (Paris). — **Progressi della piccola chirurgia delle vie orinarie.** I principali sono: la lavatura dell'uretra anteriore colla sonda a doppia corrente; l'anestesia dell'uretra, la divulsione dei restringimenti, e la lavatura della vescica senza sonda.

DENIS COUTARD (Parigi). — **Le turbe vescicali d'origine neurastenica e loro trattamento coll'elettricità.** Si estrinsecano sopratutto colla difficoltà di iniziare la minzione, e colla poca forza del getto. Esiste inoltre una dissociazione netta tra i fenomeni sensitivi dovuti al riempimento della vescica, ed i fenomeni di pressione constatati col manometro, mentre colle condizioni normali questi fenomeni vanno a pari.

HARRISON (Londra), HERESCO (Bucarest), ALBARRAN, HAMONIE (Parigi), NOGUES (Parigi), JANET (Parigi), LEGNEU (Parigi), LAVAUX (Parigi), GOLDBERG (Wildungen), WILLIAM HINGSTON (Montreal) discutono **sul trattamento dei restringimenti uretrali.** Si trovano d'accordo nell'ammettere, che nei restringimenti uretrali da blenorragia pregressa si deve praticare o la dilatazione progressiva o, quando questa non è possibile, l'uretrotomia interna. L'uretrotomia interna, per essere veramente utile, deve essere sempre seguita dalla dilatazione, continuata per molto

tempo, colle candelette. L'uretrotomia esterna è specialmente utile quando si hanno delle fistole urinarie o dei tumori orinosi. La resezione dell'uretra è indicata nelle stenosi successive a frattura dell'uretra. Quando è possibile, i due monconi uretrali vengono avvicinati colla sutura.

POSNER (Berlino). **Infezione urinaria ed infezione generale.** Pare che il pericolo delle infezioni generali sia molto maggiore nelle pieliti di origine streptococcica o stafilococcica che negli ammalati infetti da coli-bacillo.

SUAREZ DE MÈNDOZA (Madrid). — È partigiano delle abbondanti lavature nella cura della blenorragia, e delle iniezioni profilattiche col permanganato, dopo un coito sospetto.

LEGNEU (Parigi). — **Cateterismo retrogrado dell'uretra, nelle rotture dell'uretra.** Due casi clinici.

CASAMAYOR DE PLANTA (Mauleou). — **Corpi stranieri nell'uretra dell'uomo.** Due casi clinici.

A. FORT (Parigi). — **Trattamento dei restringimenti dell'uretra coll'elettrolisi.** Insiste sull'utilità ed innocuità di questo metodo di cura da lui proposto fino dal 1888.

ADRIAN DE GARAY (Messico) conferma l'utilità della elettrolisi lineare nel trattamento dei restringimenti uretrali; così pure Comanos (Cairo).

GOLDBERG (Wildungen). — **Trattamento della neurastenia urinaria.** L'O. consiglia di curare le lesioni molto spesso concomitanti delle vie urinarie (blenorragia acuta o cronica, restringimenti, prostatite, ecc).

PASTEAU (Parigi). — **Delle nevralgie uretrali.** Persistono spesso, dopo un' uretrite, dei dolori uretrali a forma nevralgica. Contro di essi conviene usare dei medicamenti antisettici e calmanti nel tempo stesso. Serve molto bene l'olio al guaiacolo all'$^1/_{20}$.

MIKHAILOFF (Pietroburgo). **Cura dell'uretrite anteriore colle lavature.** Pratica le lavature a corrente retrograda mediante una siringa spinta fino al bulbo. La siringa è in comunicazione con un recipiente posto all'altezza di m. 1.50 contenente una soluzione antisettica, che esce dall'occhiello della siringa e lava l'uretra dall'indietro all'avanti.

GIULIO JANET (Parigi). — **Cura della blenorragia nella donna.** Per avere la guarigione è necessario non limitarsi alla disinfezione dell'uretra e della vagina ma iniettare la sostanza disinfettante con una piccola siringa sulle glandole di Skene e del Bartolino.

M. PERKOWSKI (Varsavia). — **Blenorragia cronica di un uretra soprannumeraria** L'O. ottenne la guarigione incidendo l'uretra sopranumeraria. Paragonando l'uretra sopranumeraria coll'uretra normale si vede che non le mancava che la porzione membranosa e prostatica.

LEFUR (Parigi). — **Le ulcerazioni semplici della vescica.** Mentre sono conosciute le ulcerazioni tubercolari e neoplastiche della vescica, pochi si sono occupati delle ulceri semplici e sopratutto delle ulceri perforanti. Questa lesione si può assomigliare all'ulcera rotonda dello stomaco. Nella patogenesi dell'ulcera cronica della vescica bisogna ammettere delle lesioni vasali (embolia e trombosi) delle turbe trofiche e sopratutto delle lesioni infettive che producono una necrosi emorragica acuta.

GUIARD (Paris). — **Patogenesi e profilassi delle infiammazioni dei genitali femminili post-matrimoniali.** Nelle giovani spose si possono avere delle infiammazioni dei genitali, *virulente*, dovute a contagio trasmesso dal marito affetto da blenorragia cronica. Ma si hanno anche delle infiammazioni *non virulente* dovute ai numerosi saprofiti che pullulano normalmente nella vagina e sono normalmente ospiti innocui, ma che diventano patogeni in conseguenza della congestione che inevitabilmente accompagna i primi rapporti sessuali.

Per rendere impossibili queste infiammazioni bastano delle lavature vaginali con una soluzione di sublimato all'1 per 10000.

G. Nanu (Bakarst). **La nefrostomia nella anuria dovuta a cancro dell'utero.** È noto che la metà delle donne affette da cancro dell' utero muoiono con fenomeni di compressione renale dovuti a compressione dell' uretere. Il sintomo più inquietante è l'anuria, ed è contro questo che conviene lottare per prolungare la vita alle infelici.

La nefrostomia ha portato un certo miglioramento e la scomparsa dei sintomi urici. Contrariamente a quello che si poteva supporre non si aveva ritenzione renale, cioè idronefrosi.

RENDICONTI DI ACCADEMIE E SOCIETÀ

Italia.

Associazione Medico-Chirurgica di Parma.

Adunanza del 10 *agosto* 1900. — Pelicelli. *Di un nuovo criterio per la prognosi dei neoplasmi.* L'A. ha studiato il controverso argomento della glicogenesi nei neoplasmi con ricerche fatte secondo un suo metodo speciale su 100 tumori d' ogni specie e degli organi più svariati. Viene alle seguenti conclusioni:

1.° Il glicogeno è un reperto costante nei neoplasmi maligni per struttura anatomica, manca in generale nei benigni.

2.° Esso è da interpretarsi come l'espressione d'un aumentato ricambio cellulare, non già come un fatto degenerativo.

3.° È tanto più abbondante in un neoplasma quanto meno differenziati ne sono gli elementi e quindi quanto più rapido ne sia lo sviluppo.

4.° Il coefficente glicogenico di un neoplasma indica in modo esatto il suo grado di malignità e permette di trarne utili cognizioni relative alla prognosi.

5.° L'osservazione clinica conserva in modo assoluto il reperto microscopico.

Cordero. — *Ricerche sperimentali e cliniche nella nefrorrafia.* Ha ricercato con esperienze su quattro conigli e sei cani se e quali alterazioni può indurre nel rene la sutura in seta, e se si hanno dei sintomi clinici di alterazioni renali negli ammalati operati di nefrorrafia con punti di seta perduti (12 casi). Conclude asserendo, per la perfetta concordanza dei risultati sperimentali e clinici che:

La sutura del rene in seta è innocua tanto negli ovini che nell'uomo.

I fili di seta non sono eliminati, se asettici, e non producono sini fistolosi nè albuminurie persistenti,

i fili di seta non determinano la formazione di calcoli renali, quando non oltrepassano la sostanza corticale del rene,

i fili di seta non determinano lo formazione di zone necrotiche, nè di infarti, ma si circondano di tessuto connettivale fibroso, che protegge gli elementi renali del filo e ne rende più valida l'azione di sostegno, annodando sulla capsula renale i due capi del filo che ha attraversata la ghiandola, questi fili vengono rivestiti da proliferazioni connettivali della capsula stessa: la sutura in seta del rene è da preferirsi a quella in catgut.

SOCIETÀ LANCISIANA DEGLI OSPEDALI DI ROMA.

Seduta del 7 luglio 1900. — PARLAVECCHIO parla su di un *modo facile di applicare suture profonde amovibili.* Il processo consiste nel fare le suture profonde continue con seta robusta e nel farne sporgere i capi sulla pelle ad un centimetro e mezzo del bordo del taglio cutaneo. Se le suture profonde sono due, gli altri due capi si fanno sporgere nell'altro labbro delle ferite.

Finita la sutura della pelle si passa ad assicurare gli estremi dei fili profondi, i quali, opportunamente stirati, possono venire fissati in varia maniera. I punti cutanei si rimuovano il 6.° o 7.° giorno, mentre i fili profondi si tengono il 10.° o il 12.° giorno. Per estrarli se ne taglia uno dei capi rasente alla cute e si fa moderata trazione nell'altro capo; così la seta si sfila senza opporre alcuna resistenza e senza provocare alcun dolore.

SOCIETÀ MEDICO-FISICA DI SASSARI.

Seduta del 14 *giugno.* — FEDERICI. *Ricerche clinico-sperimentali sulla cloronarcosi.* Trovò aumento d'intensità di colorazione delle orine; intorbidamento delle medesime fino a formazione dei vari sedimenti, prevalentemente costituiti da urati, poi da fosfati, infine da qualche raro cilindro ialino o granulo-grassoso, ecc. albuminuria rara, lieve, transitoria.

L'urina acquista proprietà riducenti ma raramente; e quando la presente è destrogira, l'uretere è rarissimo; e nei casi ove è stato trovato *forse* non è da mettersi in rapporto con la cloronarcosi. Aumento della densità, e dell'acidità. La curva dell'eliminazione del P segue un andamento presso a poco parallelo a quello della curva rappresentante l'acidità urinaria.

Sembra diminuisca il D inorganico. Nel distillato del vomito non si trovò mai cloroformio.

Francia.

SOCIETÀ DI BIOLOGIA DI PARIGI.

Seduta del 4 *agosto.* — J. GUYON. — *Ufficio del nervo erettore sacro nella minzione normale.* Da una serie di esperienze che ho fatto, risulta che il nervo erettore sacro interviene nella minzione normale non solamente come nervo motore, ma ancora come nervo sensitivo. In altri termini, rappresenta insieme la via centripeta e la via centrifuga dell'eccitazione che, determinata dalla tensione vescicale, giunge alla contrazione riflessa della vescica.

Il centro riflesso della minzione normale è intramedullare, come lo prova la paralisi funzionale della vescica dopo la sezione dei due nervi erettori sacri fra la vescica e il midollo, e ciò malgrado l'integrità dei nervi ipogastrici, rami del gran simpatico. Quest'ultimo nervo non ha nessun ufficio, nè sensitivo nè motore nella minzione normale.

PAUL DELBET. — *Potere battericida e tossicità del liquido d'una peritonite settica diffusa generalizzata.* Ho potuto assicurarmi che il liquido nella

cavità peritoneale d'un soggetto morto di peritonite settica diffusa generalizzata era battericida per lo stafilococco, lo streptococco e il colibacillo. Ho constatato che questo liquido era sprovvisto di tossicità.

Da ciò, è permesso, credo, conchiudere che nella peritonite appendicolare l'appendice, focolare di infezione, deve sempre essere tolta, mentre che il pus peritoneale può essere abbandonato *in situ*. In simil caso, la lavatura della cavità peritoneale è inutile.

Accademia di Medicina di Parigi.

Seduta del 24 *luglio* 1900. — Le Dentu legge un rapporto sulla *legatura delle arterie negli aneurismi;* ricorda i buoni risultati di Gérard Marchant e cita un caso nel quale tentò la legatura per aneurisma della terza porzione dell'arteria succlavia. Dinanzi ai successi col metodo delle iniezioni di siero gelatinoso, e gli insuccessi chirurgici numerosi è legittimo non ricorrere all'operazione che se i mezzi medici riescono insufficienti.

Seduta del 7 *e* 14 *agosto*. — Cornil. *Rigenerazione del midollo delle ossa nei cani dopo il vuotamento.* In un precedente lavoro in collaborazione con Condray (Vedere la Semaine Médicale 1899, p. 246), noi abbiamo studiato le prime fasi della riparazione del midollo vuotato, ed abbiamo veduto, che l'ossificazione appare al quarto giorno. La seconda serie delle nostre esperienze comprende dei vuotamenti del midollo tibiale esaminati fino a tre mesi, dei disossamenti medullari e un innesto del midollo.

1.° Relativamente ai vuotamenti midollari, l'ossificazione che esiste ancora in capo a un mese e mezzo è scomparsa in capo a tre mesi. L'osso nuovo intra-medullare ha fatto posto al midollo, mentre che la perdita della sostanza diafisaria vuotata dalla trapanazione è colmata da un tessuto osseo adulto. In una parola, la cavità medullare come l'osso si sono ricostituiti.

2.° Il midollo isolato del canale medullarè per disossamento, dopo amputazione, nel cane si ossifica nelle prime settimane che seguono l'operazione, ma in capo a tre mesi l'ossificazione è scomparsa; la gemma medullare è completamente trasformata in tessuto fibroso.

3.° Il midollo trapiantato in vicinanza della tibia ed esaminato in capo a un mese e mezzo non ha presentata ossificazione alcuna; esso era diventato fibroso.

Questi fatti confermano in un modo generale i dati stabiliti da Ollier sul carattere temporario delle ossificazioni accidentali. Essi spiegano certi fatti di pratica chirurgica oggi ben conosciuti; in particolare essi dànno il meccanismo della riparazione del midollo dopo la distruzione stessa estesissima di questa sostanza in seguito a certe amputazioni, resezioni o vuotamenti.

Le Dentu. — *Sopra un caso d'aneurisma dell'arteria sotto-clavicolare destra e del tronco innominato guarito col metodo di Brasdov.* Legge a proposito di una osservazione d'aneurisma del tronco brachio-cefalico e dell'arteria sotto-clavicolare destra comunicata all'Accademia da Gérard-Marchant (Vedere la Semaine Médicale, 1899, pag. 85), un rapporto nel quale bisogna notare che questa osservazione acquista un interesse particolare dalle due seguenti circostanze; la prima è che il metodo di iniezioni di siero gelatinato applicato rigorosamente non aveva potuto fermare il cammino dell'aneurisma; la seconda è che una delle due legature fu posta

sull'arteria ausiliare al disotto della clavicola e l'altra sull'origine della carotide primitiva.

Questo fatto prova dunque che la legatura dell'ascellare nella stessa seduta di quella della carotide può dare una guarigione altrettanto completa e definitiva quanto la legatura della sotto-clavicolare e della carotide primitiva.

Se si considera l'insieme dei risultati forniti dal metodo di Brasdov nella cura degli aneurismi del tronco innominato e dell'aorta, si può affermare dice il relatore, che la chirurgia è in possesso di un mezzo di cura capace di migliorare la situazione dei malati e anche di guarirli. Il processo delle due legature in una sola seduta, incontestabilmente superiore alle altre, procura dei miglioramenti o delle guarigioni nella metà dei casi almeno.

Seduta del 21 *agosto* 1900. — LANCERAUX parla *sulle emorragie nevropatiche degli organi genito-orinari.* Al Congresso di urologia tenuto a Parigi nel 1899 Malherbe e Legueu hanno detto che « tutte le ematurie sono sintomatiche e dipendono da una causa generale tossica o infeziosa o da una affezione locale. Non vi sono dunque ematurie essenziali ». Questa non è la maniera di vedere di Lanceraux, che cita all'appoggio delle numerose osservazioni di ematurie indipendenti da ogni disordine anatomico dell'apparecchio urinario e interamente subordinate a un disturbo di sistema nervoso regolatore di quest'apparecchio. In questo caso si vede come causa occasionale, una violenta collera, un raffreddamento, altre volte vi ha soppressione di regole, di emorroidi.

Il cammino delle ematurie nevropatiche che è essenzialmente intermittente, talvolta periodico; la loro durata varia da qualche giorno fino a qualche settimana; o anche fino a qualche mese. Il loro esito è raramente fatale, ciò nulla di meno la guarigione può farsi aspettare molto tempo in difetto di una medicazione appropriata.

La cura riposa sulla conoscenza della patogenia; ci si trova bene con gli oppiati, cogli astringenti e sopratutto col solfato di chinino da gr. 0,80 a gr. 1,50. Idroterapia.

ZAMBACO-PACHA cita a questo proposito un'osservazione tipica di emorragia vescicale in un emorroidario.

SOCIETÀ DI CHIRURGIA DI PARIGI.

Seduta del 18 *luglio* 1900. — POTHÉRAT parla su di un caso di *forma rara di tubercolosi articolare* in una donna di 37 anni. Era una voluminosa idartrosi complicata dalla presenza di un tumore solido, duro, mobile, indolente alla pressione, del volume di un mandarino, con sede al lato esterno del cul di sacco sotto-tricipitale, all'intersezione dei muscoli retto-anteriore e retto esterno. Operata, guarì. L'esame istologico mostrò che si trattava di una tubercolosi con degenerazione caseosa manifesta estesissima, circondata da tessuto infiammatorio contenente cellule giganti e noduli tubercolari.

KIRMISSON fa *alcune osservazioni sulla cura operativa e su certe complicanze dell'appendicite* a proposito di osservazioni di VÉRON e DAMAS, ed afferma che la migliore incisione è quella di Roux, che conviene asportare l'appendice, che il drenaggio preferibile è quello con tubi di caoutchuc. Accenna alle appendiciti, e cita un caso, nel quale ebbe morte da emor-

ragia per erosione della vena iliaca. Poirier è del medesimo parere per il drenaggio; Delbet ha pure avuto una ematemesi mortale, e lo stesso avvenne a Broca.

Routier narra la storia di un caso di *aneurisma diffuso*, secondario, dell'arteria iliaca esterna, consecutiva a rottura di un aneurisma primitivo. Avvenne morte per trisma. Tillaux e Reynier videro un caso simile.

Tuffier fa una comunicazione sull'*estirpazione della via addominale dei fibromi uterini* con conservazione dell'utero e degli annessi.

Brun presenta un caso di *riduzione non cruenta della lussazione congenita dell'anca* e Bazy un *rene tubercoloso* estirpato.

Seduta del 25 *luglio* 1900. — Pierre Delbet. *Risultati della cura radicale delle ernie.* Incaricato durante sei mesi del servizio dei bendaggi allo Hôtel-Dieu, ho applicati 1,516 cinti; fra i malati che si sono presentati così al mio consulto, 9 solamente erano stati operati antecedentemente ed avevano recidivato; 7 volte si trattava di ernie inguinali e 2 volte di ernie crurali. Routier. — Questa statistica è forzatamente molto incompleta, perchè la maggior parte dei malati che, dopo essere stati operati per un'ernia, hanno una recidiva vengono a domandare un cinto nel posto dove sono stati operati. Lejars. — Quando fui incaricato del servizio delle fasciature fui colpito, come Delbet, del numero esiguo delle recidive delle ernie sugli operati. Reclus. — Ho potuto convincermi per esperienza fatta che le recidive sono rare, anche dopo l'impiego dei procedimenti operatori più semplici, e non credo che sia indispensabile di ricorrere sempre al metodo di Bassini. Delorme. — Sono egualmente partigianissimo degli interventi semplici, e credo che possa essere male di fare delle grandi breccie nella parete. Terrier. I malati operati da Delorme sono dei soggetti giovani, nei quali la guarigione è assai più facile a ottenere di quando si ha da fare con individui più vecchi. Quénu. — È assolutamente impossibile apprezzare in blocco i risultati dati dai differenti procedimenti nelle diverse varietà delle ernie. Segond. — La statistica di Delbet, nulla prova a parer mio; preferirei meglio che ci desse la sua statistica personale, coi risultati lontani che ha osservati. Berger. — In seguito a ciò che ho potuto constatare nel servizio delle fasciature il numero delle recidive, dopo la cura delle ernie, ha diminuito considerevolmente in questi ultimi anni.

Quénu. — *Sinovite tubercolare acuta.* Ho presentato nel 1896 un'osservazione completamente analoga a quella che Potherat ci ha comunicata nell'ultima seduta. Si tratta là di una forma tubercolare articolare assai rara, caratterizzata dalla sua tendenza alla trasformazione fibrosa. Delorme. — Ho osservato anche qualche esempio di questa tubercolosi articolare, rimarchevole per l'inspessimento fibroso della sinoviale che determina. Delbet. — È già un pezzo che König ha descritto questa va- rietà di tubercolosi a trasformazione fibrosa.

Delbet. — Legge una nota concernente un caso di gravidanza extra-uterina mandato da Psaltoff (di Smirne).

Delbet legge un rappòrto su di una relazione di Psaltoff riguardante le *gravidanze extra-uterine infette, senza rottura della sacca.* Fece la marsupializzazione della sacca e la paziente guarì.

Kirmisson a proposito dell'*asepsi* dice che non può ammettere con Quénu che sia irrealizzabile e che l'uso dei guanti si imponga. Egli dà il 7 % di mortalità, dividendo gli ammalati in suppuranti e non suppuranti, non usando

la seta per legatura e lavandosi le mani spesso. Crede che tutte le formule siano buone per la disinfezioni.

MONOD presenta un caso di *aneurisma della succlavia*, nel quale GUINARD farebbe la legatura della succlavia al di sopra e al di sotto della sacca e della carotide primitiva.

DELBET presenta un caso di *ustioni estese delle gambe* curate con innesti all'italiana ed alla Thiersch; MICHAUX una donna cui fece l'*utero-colostomia* da quattro mesi; MAUCLAIRE una *ferita della glutea*; MORESTIN un caso di *sutura della branca posteriore muscolare del nervo radiale*; BAZY un caso di *condroma delle coste*.

RIVISTA DEI GIORNALI DI CHIRURGIA

Il Policlinico, n. 14 luglio 1900.

TRICOMI. — *Contributo clinico alla gastroenterostomia.* Lavoro in corso di pubblicazione.

D'URSO e FABII. — *Ricerche sperimentali sulla uretero-eteroplastica.* 1.° Il metodo di uretero-anastomosi latero-laterale, colle modificazioni tecniche introdotte è di esecuzione facile e di successo sicuro; destinato ad avere larga applicazione sull' uomo. 2.° La uretero-eteroplastica parziale mediante il corno anteriore riesce sperimentalmente nella cagna. Questo risultato giustificherebbe un tentativo nella donna di uretero-eteroplastica colla tromba uterina. 3.° È possibile sostituire una sezione di uretere mediante un'ansa del tenue, esclusa dal circolo intestinale. 4.° È possibile sostituire tutto l' uretere con una lunga ansa del tenue, esclusa dal circolo intestinale, la quale va a sboccare direttamente in vescica; le lesioni che si rilevano nell'apparecchio orinario in seguito alla plastica sono di grado minore nella uretero–eteroplastica totale che nella parziale.

RONCALI. — *Saggio di una nuova dottrina sopra la commozione dell'encefalo.* Conclude: 1.° che nella commozione gravissima, la quale riesce istantaneamente mortale o poco dopo l'azione traumatica, dobbiamo intendere: che per il grande scuotimento nelle cellule il nevrasse e sopratutto in quelle del bulbo avviene una tale disorientazione molecolare che nei singoli neuroni rimane abolita la regolazione dello scambio materiale e dinamico, in seguito alle quali rimangono sospese le funzioni nutritive e secretive donde la morte violenta dei neuroni per mancato nutrimento e per intossicazione e perciò l'assenza completa di qualsiasi lesione nell'elemento nervoso. 2.° che nelle commozioni, le quali guariscono trascorsa qualche ora o qualche giorno dopo l'azione del trauma e nelle quali le cellule nervose rivelano le lesioni descritte dagli autori citati, tali commozioni devonsi al fatto che per la diversa orientazione delle molecole si ha una transitoria sospensione dello scambio materiale e dinamico, in seguito alla quale si manifesta una temporanea sospensione di nutrimento e una transitoria intossicazione. I neuroni che trovansi in questo stato sono come in un letargo ed offrono

impicciolimento del loro corpo cellulare, retrazione dei prolungamenti cellulipeti e cellulifeghi e fusione della sostanza cromatica. Colla retrazione dei prolungamenti protoplasmatici, in armonia alla nostra dottrina vengono a mancare i contatti nervosi protoplasmatici e le influenze fra i singoli neuroni e quindi viene ad aver difetto ogni conduzione cellulipeta e cellulifuga e perciò l'impossibilità della formazione dell'onda nervosa donde il vero letargo od accoppiamento transitorio dei neuroni ed il mantenimento temporaneo della abolizione delle funzioni vitali negli individui in preda a commozione encefalica non mortale.

Archivio italiano di Ginecologia, n. 3, 1900.

Spinelli. — *Primi tentativi di chirurgia conservatrice nei fibromiomi dell'utero.* Sono cinque osservazioni con quattro successi.

Parodi. — *Modificazioni ed alterazioni istologiche del rene nella gravidanza.*

Nicoletti Vincenzo. — *L'Analgesia cocainica nel midollo spinale nella chirurgia ginecologica.* Sono tre casi.

Annals of Surgery, n. 2 agosto 1900.

Harris. — *Il metodo migliore per raccogliere l'orina dagli ureteri a scopo diagnostico.* Distingue i casi nei quali è necessario l'uso del cistoscopio, e cioè quando vi sono anche lesioni intravescicali.

Boree. — *Critica sull'impianto degli ureteri.* Riferisce sui casi noti in letteratura nelle varie modalità operatorie.

Catton. — *Patologia della frattura dell'estremità inferiore del radio* (Lavoro in corso di pubblicazione).

Moschowitz. — *Tetano* (Lavoro in corso di pubblicazione).

Mayo. — *Malattie maligne dello stomaco e del piloro.* È uno studio sul cancro di questa regione letto all'associazione chirurgica Americana.

Mandel. — *Nota sulla tubercolosi del grand'asse nell'articolazione del polso.* Nota clinica.

Birmie. — *Un metodo di resezione della pelle.* Con incisione a tutta sostanza del bicipite.

Elder. — *Caso di ernia otturatoria strangolata.* Caso clinico.

Hall. — *Caso di lussazione irreducibile del ginocchio.* Caso clinico.

Archivio di Ortopedia, fascicolo 2, 1900.

Bassi Pietro. — *Dimostrazioni radiografiche degli effetti del raddrizzamento forzato nella cura del ginocchio valgo.* Conclude: 1.° che gli effetti del raddrizzamento forzato ben eseguito e nei casi adatti produce sempre il distacco dell'epifisi inferiore del femore; 2.° che nei casi di valgioma accentuato oltre il distacco epifisario si verifica una compressione della regione iuxta-epifisaria della diafisi femorale sovrastante al condilo interno; 3.° che lo strappamento del legamento laterale esterno, accidente trovato ed ammesso come regola da quasi tutti gli ortopedisti non si verifica; 4.° che questo conferma le esperienze fatte sul cadavere da De Santi e Fleury, i quali operando colla tecnica sopra indicata ottennero costantemente il solo distacco dell'epifisi inferiore del femore; 5.° che il raddrizzamento forzato è perciò un eccellente metodo di correzione del ginocchio valgo, quando venga applicato come vuole Panzeri negli adolescenti dai 10 ai 16 anni colla tecnica rigorosamente precisa a quella da lui descritta.

PELLO PIETRO. — *Il sessennio 1892 97 nell'Infermeria dell'Istituto dei Rachitici.* Riassunto di 1879 casi.

SALAGHI MASSIMO. — *Malformazioni della rachide e contenuto e loro cura.* Lavoro in corso di pubblicazione.

Revista de Chirurgie, n. 7 e 8 luglio e agosto 1900.

BOTHEZAT. — *Artrodesi dell'articolazione scapolo-omerale nella cura della lussazione paralitica.* (Lavoro in corso di pubblicazione.

KUGEL. — *Un nuovo processo operativo per l'ectropion senile.*

ROOLINSKY. — *Rottura spontanea della vescica per ritensione orinaria.* Caso clinico.

IORITZ MIHRILESUN. — *Un caso di frattura del cranio.* Caso clinico.

PITIOCA. — *Piede varo equino.* Caso clinico.

PANDELESUN. — *Cisti idatica del fegato curata alla Thornton.* Caso clinico.

ADELA. — *Un caso di ernia inguinale strangolata in donna.* Caso clinico.

Revue de Chirurgie, n. 8 agosto 1900.

TERRIER e GOSSET. — *Dell'esclusione dell'intestino.* (Lavoro in corso di pubblicazione).

CURTIS e LAMBRET. — Descrive un caso, ammettendo nella classe degli adenomi sebacei due varietà distinte: 1° l'adenoma semplice, senza modificazione dello stroma, tumore benigno: 2.° l'adenoma complicato con degenerazione variata dello stroma e delle guaine vascolari, tumore benigno.

ZAMFIRESCO — *Amputazioni osteoplastiche applicate nella continuità delle ossa lunghe delle estremità.* Con questo processo osteoplastico il segmento è adattato e suturato all'estremità del tronco osseo in modo che i margini del periostio che si poggiano su questo si riuniscono a quelli del periostio ritenuto sul segmento, è certo che il movimento degli elementi osteogeni, invece di farsi nella continuità della lunghezza del tronco osseo come nelle amputazioni classiche si farà nel periostio del segmento ed in tal modo si stabilisce una continuità tanto nel moncone osseo quanto nel moncone delle parti molli.

L'azione del movimento degli elementi osteogeni così effettuata non servirà certamente che ad assicurare la nutrizione e l'adesione del segmento, parallelamente a quella del moncone molle, senza dare ancora luogo ad accrescimento in lunghezza del tronco osseo.

FERÉ. — *Lipoma simmetrico familiale dell' arcata plantare.* Ritiene le malattie famliali del sistema nervoso e dei visceri legate ad anomalie di sviluppo come le mostruosità e le deformità.

LAURENT. — *Perforazioni per arma da fuoco dello stomaco, del colon e del diaframma.* Ottima la guarigione con la sutura.

BORIO. — *Il cancro dell' intestino crasso, eccettuato il retto.* — Lavoro in corso di pubblicazione.

PERONIDI. — *Ricerche anatomiche sul ceco e sua appendice.* Ammette che abbia sede nella parte più declive della fossa iliaca destra, che si obliqua a destra, in alto ed indietro, che il suo rivestimento sieroso sia completo nel 75 °/₀ dei casi, che il suo imbocco sia variabile, che sia di forme cilindrica, lunga 7, 6 cent. e larga 5 mm. In un caso il mesoceco presentava una sacca, vero diverticolo.

Le fossette retro-cecali sarebbero retro-coliche.

Archives Provinciales de Chirurgie, n. 7 luglio 1900 (1).

Delagénière. — *Dell'appendicite.* Lavoro in corso di pubblicazione.

Rafin. — *Esostosi sopraclavicolare.* Caso clinico. Fu fatta l'estirpazione e si ottenne la guarigione.

Sorel. — *Cura del cancro dell'utero con l'isterectomia vaginale ed addominale.* Conclude: 1.° che il cancrò dell'utero rimane di rado limitato alla matrice, ma invade la vagina, e gli annessi, e ciò precocemente e con difficoltà di diagnosi; 2.° che l'estirpazione dev'essere non solo dell'utero, ma di grande parte della vagina e degli annessi; 3.° che l'isterectomia addominale è la sola a rispondere a questi precetti; 4.° che non deve essere eseguita che per casi limitati all'utero ed all'inizio; 5.° che i risultati remoti ancora non permettono conclusioni rigorose; 6.° che conviene aggiungere esami microscopici dell'utero e dei ganglî.

Dujon. — *Ernia inguinale sinistra strangolata contenente il ceco, in un bambino di 15 mesi.* Caso clinico.

Viannay. — *Condromielite tifoidica delle pareti toraciche.* Ha dei rapporti con l'osteomielite costale.

Annales des Maladies des Organes Génito-Urinaires, n. 7 ed 8 luglio e agosto 1900.

Guyon e Moreau. — *Tecnica illustrata della litotrizia.* Consigliano giustamente di procedere con metodo e delicatezza.

Albarran. — *Neoplasmi primitivi del bacinetto e dell'uretere.* (Lavoro in corso di pubblicazione).

Legrain — *Cos'è il rene palustre?* 1.° Nei paesi caldi esiste una malattia speciale benigna, la febbre intermittente, che si tronca col chinino, e che non ha azione sui reni. 2.° Esistono altre febbri varie, sintomatiche di malattie diverse, nelle quali il chinino non ha efficacia, il rene è leso, e la loro varietà è caratterizzata col nome di paludismo.

Nogues. — *Il gabinetto moderno del chirurgo delle malattie orinarie.* Deve essere completo e con tutto ciò che occorre per gli esami e le sterilizzazioni.

Legrain — *La flora microbica dello smegma.* Rivista.

Il n. 8 contiene il Rendiconto del Congresso Internazionale, Sezione di Chirurgia Orinaria.

Revue de Gynecologie et de Chirurgie Abdominale n. 4, Luglio, Agosto 1900.

Petit. — *Aponevrosi ombelico-pelvica o nascondi vasi.* Si può giungere a scollare il peritoneo dalla sua fascia, tutto di un pezzo e senza soluzione di continuo del contorno dell'escavazione attorno all'istmo. 1.° nella loggia pelvica anteriore partendo dall'uraco verso l'istmo ed i legamenti rotondi; 2.° nella loggia pelvica posteriore partendo dalla fossa iliaca per dirigersi verso il legamento rotondo, l'istmo ed il margine rettale.

Jacobs. — *Resultati remoti dell'isterectomia addominale con vuotamento pelvico nel cancro del collo uterino.* Non vede indicazione razionale all'isterectomia addominale che quando la cariocinesi è bene limitata all'organo uterino; se lo sorpassa e se invade gli organi vicini, vale meglio ricorrere agli interventi palliativi.

---

(1) Questo giornale dal 1° di luglio ha subìta un'utile modificazione, e cioè ne hanno assunta la Direzione i Prof. Demons di Bordeaux, Poncot di Lione, Roux di Losanna. Tre nomi che sono una garanzia. Ai colleghi auguri, al confratello congratulazioni. A. Ceccherelli.

MICHEL. — *Dell' embolia polmonare dopo le operazioni pei tumori fibrosi dell'utero in specie dopo l'isterectomia totale o subtotale.* Per supporla non si ha che la curva termometrica e del polso; la terminazione consueta è la morte, in quanto per lo più siamo impotenti a combattere.

ZIMMERN. — *Cura dei fibromi con l'elettricità.* È la galvanocaustica intra-uterina che corrisponde di più; unisce la sua azione chimica polare ad un'azione interpolare trofica; si può eseguire con le norme dell'asepsi moderna; non produce che dolori insignificanti e perfettamente tollerabili, si lascia graduare in modo perfetto.

TUFFIER. — *L'anestesia midollare in chirurgia.* È un metodo facile, utile, e senza pericolo.

DARTIGUES. — *Studio sulle suture autoplastiche e sulle suture a fili temporari non perduti applicati alla cura radicale delle ernie ed alle laparotomie.* È una rapida rivista dei varî processi adoperati a questo scopo.

Travaux de Neurologie Chirurgicale, n. 2-3 aprile e luglio 1900.

CHIPAULT. — *Tubercolosi della diploe.* Caso clinico interessante, nel quale vi erano crisi epilettiche, emicontrattura postemiplegica con atetosi. Fu fatta la resezione della porzione di osso malato, e scomparve l'emicontrattura.

OTTERO ACEVEDO. — *La chirurgia del sistema nervoso in Spagna prima dell'epoca moderna.* Riassunto storico importante.

RONCALI. — *Di un nuovo processo di laminectomia temporaria e suo apparato strumentale.* Ha ideato un laminoclaste, una sega laminivora, una pinza per fissare le apofisi, un divaricatore, un perforatore, ed una punta di trapano. L'operazione è divisa in cinque tempi: 1.° incisione delle parti molli e scopertura delle lamine; 2.° sezione delle lamine; 3.° rabbattimento laterale e sollevamento del lembo osteo-periosteo-muscolare; 4.° esplorazione del canale rachidiano ed apertura della dura madre; 5.° ricostituzione delle parti. Fu provato quattro volte nel cadavere Raccomanda all'occasione di dividere l'intervento in più tempi.

CHIPAULT. — *La scoliosi rachitica infantile e sua cura.* Crede che debba essere applicato il metodo dell'anchilosi terapeutica per immobilizzazione vertebrale in buona posizione.

CHIPAULT — *Alcune osservazioni sull'osteomielite vertebrale a proposito di un fatto nuovo.* Ha riuniti i varî casi conosciuti e conclude per la necessità dell'intervento.

RONCALI. — *Una teoria nuova della commozione cerebrale.* Vedi a pag 821.

PERAIRE e MALLY. — *Le indicazioni terapeutiche nella metatarsalgia.* La reputano un'osteo-artrite deformante della sesta metatarsica, e che reclama l'intervento chirurgico.

BUCK e VANDERLINDEN. — *Due casi di ulcera varicosa curati con successo col metodo di Chipault.* Casi clinici.

OTTERO ACEVEDO. — *Gangrena nevritica dei piedi. Allungamento dei tibiali, poi della safena esterna. Guarigione.* Casistica.

CHIPAULT. — *Le pseudo-meralgie parestesiche per lesione delle radici.* Sarebbero dovute alla 1.ª, 2.ª, 3.ª radice lombare di origine vertebrale traumatica o pottica, o tabetica, o da dermalgia reflessa. La crede giustiziabile con la resezione del femore cutaneo.

SCHERB. — *Le cisti idatiche a fondo midollare.* Osservazione clinica. Non presenta alcuna particolarità clinica, ma deve i suoi sintomi ai centri nervosi di conduzione e di reflettività che irrita o sopprime. La puntura esploratrice toglierà i dubbî, ed anche darà le guarigioni.

CHIPAULT. — *Della generalizzazione delle crisi epilettiche consecutive a traumatismi localizzati nel cranio del bambino e loro cura.* Serie di osservazioni dalle quali deduce che il miglior profitto si può ricavare agendo in un periodo prossimo al trauma sofferto.

Centralblatt für Chirurgie, n. 30, 31, 32, 33, 34.

LOTHEISSEN. — *Sulla cura chirurgica della contrattura di Dupuytren.* Consiglia l'incisione ampia dell'aponevrosi palmare.

RUPPIESTH. — *Sulla curabilità del carcinoma degli organi orinari nell'uomo.* Caso clinico, nel quale fece la resezione.

SCHAEFFER. — *Sul chirolo.* Ha fatto degli esperimenti dai, quali conclude che col chirolo non si raggiunge l' intento di creare un involucro impenetrabile alle mani.

MEYER. — *Della cura delle ferite nei tessuti inflammati.* Crede la tintura di iodio il mezzo migliore.

RYDYGIES. — *Sul mio caso più antico di resezione di piloro ancora in vita.* Fu operato il 21 novembre 1881 per ulcera.

BRAATZ. — *La mia tavola da operazioni.* Possono facilmente fare prendere varie posizioni.

LONGARD. — *Dell'uso del termoforo della maschera da etere del Wagner-Longard.* E un piccolo strumento di poco prezzo che serve perchè l'aria atmosferica si mescoli nella respirazione coll'etere.

SARFEST. — *Ferula per trasporto.* E una ferula speciale, leggerissima che ha la forma di quelle del Volkmann.

Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Band, 56, Heft 1-2.

I. GOEBEL. — *Lesioni inguinali intraparietali.* Riferisce due casi della Clinica di Kiel di ernie congenite, e situate in parte nello scroto ed in parte tra i muscoli obliqui interno ed esterno. C' era ritenzione del testicolo. Divide le ernie interparietali in complete ed incomplete, e le suddivide in interparietali, properitoneali, interstiziali e superficiali. Le monoculari per lo più sono congenite, e le biloculari congenite ed acquisite. Termina con una casistica accurata di 40 casi.

II. FERTIG. — *Sulla rotazione assile del tenue consecutiva a cisti mesenteriche.* Riporta un caso terminato con la gangrena e morte. La rotazione è causata da tumore; e la trasformazione della rotazione cronica in acuta fu determinata dalle trazioni. Cita casi congeneri.

III. HIRSCHKOPF. — *L'operazione radicale dell'ernia.* Ritiene i metodi di Bassini e di Kocker i migliori, e solo l'avvenire dirà quale deve avere la preferenza. Su 191 pazienti fece 236 operazioni alla Kocker, 153 col metodo di riposizione laterale con 4 recidive, ed 84 col metodo di invaginazione con una recidiva. Col metodo di Bassini invece del 2,6, e del 1,2 % di recidive si avrebbe 0,3;05 % di mortalità, e 4,4 % di recidive.

IV. FISCHER. — *L'Osteomielite traumatica purulenta del cranio* (Lavoro in corso di pubblicazione).

V. Post. — *Riforme del sistema di fasciature in guerra.* La fasciatura gessata non è utile per tutti i casi: e perciò nuovi apparecchi che descrive.

VI. Brun. — *Emorragie da stasi consecutive alle compressioni del tronco.* Osservazione clinica.

VII. Rose. — *L'azione delle scarpe sulle dita dei piedi.* Descrive le deformità che si producono.

VIII. Riviste bibliografiche.

Archiv für klinische Chirurgie, Band LXI, Heft I, 1900,

I. Hohlebck. — *Tre casi di occlusione intestinale per diverticoli di Meckel.*

Di 3 casi osservati all'ospedale di Riga, il 1.° è dato da un' invaginazione ileo-cecale lunga 1/2 piede prodotta da un diverticolo di Meckel; si staccò l'invaginazione si estirpò il diverticolo, morte dopo 2 giorni. Nel 2.° una inflessione al tenue per un diverticolo di Meckel, resezione all'intestino e al diverticolo, morte in collasso senza peritonite. Nel 3.° strozzamento d'una ansa del tenue per formazione di noduli in un diverticolo libero. Si resecò il tenue per 80 cm. Guarigione.

II. Janni. — *Le prime alterazioni delle tuniche venose nelle varici.*

L'A. studiò le vene ectasiche del plesso spermatico attribuendo valore alla colorazione della membrana limitante interna.

Le vene varicose presentano non solo alterazioni regressive delle pareti, ma anche neoformazioni connettivali nell'intima insieme ad endoflebiti. La limitante interna si disfa in fibre elastiche, le quali poi si neoformizzano. L'endoflebite costituisce l'alterazione primitiva.

III. Capurro. — *Sul valore della plastica mediante tessuto muscolare striato.*

L'A. dietro esperienze stabilisce che in animali della stessa specie o di specie diversa i risultati del trapianto detto tessuto sono negativi in causa della formazione d' una necrosi ischemica o d'una caseificazione del lembo o della così detta metamorfosi fibrosa. Il trapianto dei lobi peduncolati soddisfa alla plastica perchè rafforza e conserva la funzione del tessuto speciale.

IV. Schanz. — *Sulla spondilite tifosa.*

È una donna di 36 anni in cui circa 4 settimane dopo l'effervescenza si manifestarono i primi fenomeni della spondilite e dolori alle gambe e poi al sacro. La si adattò sul letto gessato e tutti i disturbi scomparvero. Un caso simile fu prima di questi osservato dal Quincke, ma solo descritto dal Könitzer.

V. Schanz. — *Sull'importanza degli apparecchi portatili nella cura della scoliosi.*

L'A. crede che i semplici apparecchi protettivi servano solo o frenare il progresso della sclerosi. Non è persuaso degli apparecchi raddrizzati portatili giacchè mancano sempre l'estensione della colonna vertebrale e si accresce anche la sporgenza delle costole.

VI Ane — *Copertura plastica di scontinuità tracheali.*

L'A. ha coperto felicemente una scontinuità della parete anteriore della trachea in un giovane di 14 anni estesa per 5 anelli mediante un lembo osteo-cutaneo preso dallo sterno.

VII Stierlin. — *Frattura della base del cranio con paralisi del territorio del X e XII paio.*

L'A. riscontrò in un caso: paralisi del m. retto esterno rispetto (6.° paio), della metà destra della lingua (XII paio), della metà destra del velo palatino, pareti della corda vocale destra (X paio) e dei costrittori della faringe irritazione dell'accessorio di destra. Diagnosi di frattura della base del cranio con lesione dell'abducente sinistro, ipoglosso, vago a destra ed anche del glosso faringeo.

VIII RAMMSTEDT. — *Sulle osseificazioni traumatiche dei muscoli.*

L'A. riferisce 2 casi concernenti il vasto interno e guariti coll'estirpazione. Si tratta non di processi inflammatorî, ma di veri osteomi poichè al versamento di sangue segue un' enorme proliferazione connettivale che a sua volta dà larga formazione ossea.

IX SMITS. — *Contributo alla chirurgia dell'ascesso epatico.*

Sono 22 ascessi epatici, 21 operati con 3 morti e 18 guariti. Quando si sospetti l'ascesso, bisogna determinarne subito la sede colla puntura esplorativa con siringhe. Operò 19 volte in 2 tempi; 2 in un tempo.

X PICHLER. — *Contributo alla statistica e cura operativa dei carcinomi del retto.*

La mortalità nell'estirpazione sacrale del carcinoma del retto col metodo di Hocheneg non è del 20°/₀, ma 5,8°/₀. Riguardo alla guarigione e duratura (3 anni dopo l'operazione su 67 infermi, ne rimasero in vita 29, circa 42,3°/₀.

XI NOESSKE. — *Nuove ricerche sul bacillo piocianico e sulle leggi della pigmentazione.*

Noesske ha dimostrato che il magnesio collo zolfo è l'elemento più importante per la pigmentazione del bacillo piocianico (ed anche del bacillo prodigioso). Mentre Thaccun crede che la piocianica si formi da una base di ammoniaca, l'A. ha dimostrato che non ha origine per via di ossidazione di una leucobase.

XII SAUL. — *Osservazioni alle pubblicazioni di Minervini sulla questione del catgut.*

RASSEGNA DELLA STAMPA

GAGLIO EMPEDOCLE. — *Sul valore della gelatina come agente emostatico.* (*Riforma Medica* n. 171 e 172, 1900). Conclude: 1.° La gelatina mescolata direttamente al sangue fuori dell'organismo, favorisce lievemente la coagulazione e dà coaguli molli, non duri e retrattili, come quelli che si ottengono dal sangue normale, o dal sangue trattato con sostanza veramente emostatiche; 2.° La gelatina iniettata entro i vasi sanguigni è tollerata a forti dosi, senza che si determinino coaguli entro i vasi; essa sparisce dal sangue assai lentamente; il sangue, che si estrae in seguito a queste iniezioni, coagula un po' più rapidamente del sangue normale; il coagulo è molle, ma duro e retrattile. 3.° La gelatina iniettata sotto la cute o entro il peritoneo si assorbe lentissimamente e forse solo per i linfatici; essa non riesce a rendere il sangue più coagulabile di quello normale; il punto dell' iniezione si mostra infiltrato di abbondantissimi leucociti, attirati dalle proprietà chemiotattiche positive della gelatina.

D'Ursi Enrico. — *Le teorie della commozione cerebrale studiate secondo la sede del trauma a proposito di un caso di commozione cerebrale pura* (*Riforma Medica* n. 197-198). Crede che la commozione cerebrale sia caratterizzata da forte stasi venosa e che dalla base alla vòlta del cranio non si trasmettano vibrazioni.

Sorrentino. — *Frattura esposta del cranio con lesione dell'arteria meningea media e della sostanza cerebrale* (*L' Arte Medica* n. 34, 1900). Nota clinica dalla quale l' autore dimostra la virtù del periostio nel rigenerare l'osso quando specialmente il decorso della lesione è stato asettico.

Longo Nicola. — *L'intervento chirurgico nelle ferite del pericardio.* È la storia di un caso clinico. Sono così sei, e cioè uno del Belli, uno del Marks, uno dell'Amerio, uno del Ferraresi, uno del Naumann, ed uno del Riedel. Crede non vi sia ragione di zaffare le ferite del pericardio aumentandosi così le probabilità di aderenze. Conviene aprirla ampiamente e richiuderla lasciando soltanto in basso un piccolo spazio per la garza che mediante una pinza curva si porta nel cul di sacco della membrana.

Maselli Entimio. — *Ferita penetrante nel ventricolo sinistro del cuore. Sutura. Contributo alla tecnica operativa* (Supplemento del Policlinico N. 43. Consiglia di astenersi sempre dall'anestesia, e ricorrervi soltanto nei casi di assoluta necessità (grandi movimenti, vomito, ecc.).

Scegliere tra i processi di toracotomia quello che più risponde al caso, purchè sia breve nell'esecuzione, dia una breccia ben ampia, e non richieda l'opera dell'aiuto per mantenere abbassato il lembo, dovendo questi servire a qualunque bisogno inerente all'operazione. Constata poscia la ferita del pericardio, mentre l'assistente mantiene dilatata l'apertura toracica, muniti in precedenza con fili di seta, n. 2 o 3, diversi aghi mezzani di Hagedorn (curvi e piatti) passare sulla guida dell'indice od a man sospesa un'ansa ai margini della ferita pericardica, stirare subito per mezzo di essa il pericardio alla parete toracica, dilatando ampiamente con colpi di forbici e vuotarlo. Con un altro ago, mantenuto pronto dall'assistente, passare rapidamente un' altra ansa attraverso il miocardio, non molto profondamente e nel punto più evidente della parete cardiaca; con la mano sinistra e mediante quest'ansa attirare subito e con leggerezza il cuore all'apertura toracica, e messa così a completa evidenza la ferita cardiaca, con grande sveltezza e con la mano destra passare nel mezzo il primo punto di sutura, che sarà completata poi facilmente con altri in caso di bisogno.

Vetere Giacinto — *Contributo allo studio della cura dell'Idrocele* (Giornale internazionale delle Scienze Mediche N. 15). Viene alle seguenti conclusioni:

1.° Tranne casi eccezionali, il metodo cruento è da preferirsi alle iniezioni iodate evitando incidenti, producendosi recidive meno frequenti.

2.° Preferiamo il metodo cruento, perchè ci permette d'agire sulle eventuali produzioni patologiche che spesso s'incontrano all'apertura larga della cavità vaginale.

3.° Preferiamo il processo Julliard in quanto presenta un facile e semplice manuale operatorio; in quanto, nei casi soggetti alla mia osservazione, non mi è occorso notare alcuna recidiva.

BIBLIOGRAFIA

D. L. Spilmann. — *Le rachitisme.* Paris. G. Carrè e C. Naud editori. Come conclusione di questa accuratissima monografia, in cui i capitoli che riguardano la patogenesi, e l'anatomia patologica sono maestrevolmente trattati, l'A. ammette che il rachitismo sia dovuto ad una intossicazione specifica, che si origina nel tubo digerente, e che provoca sullo scheletro delle lesioni d'osteite.

L'opera è accompagnata da un bellissimo Atlante con figure originali.

Ceccherelli.

Tillmanns. — *Trattato di Patologia generale e Speciale Chirurgica*, Volume Terzo. Puntata V. Casa Vallardi, Milano 1900.

Trattato Italiano di Patologia e Terapia Medica. Volume IV. Parte III. e Fascicoli 236-237. Castellino e Germano Patologia del sangue. Casa Vallardi Milano 1900.

Massolongo R. Artriti croniche con prefazione del prof. A. De-Giovanni. Vallardi Milano 1900 (È un libro prezioso, che sviscera l'argomento con molta competenza ed acume critico).

Caglieri Guido. — *Esperimental and clinical notes ond the sub-araonoid space*, California 1900.

Mori. — *Gangrena delle estremità inferiori da polmonite*, Milano (Dalla *Gazzetta degli Ospitali* 1900.

Mori. — *La cura dell'ipertrofia splenica da malaria.* (Dalla *Gazzetta degli Ospitali*, Milano 1900.

Fasano Adolfo. — *Il Sodalbarico nella odierna terapia.* (Dall' *Archivio Internazionale di Medicina e Chirurgia*, 1900.

De Francisco. — *Die Amvendung des Goldrahtes bei den Radi Kaloperationen der Hernien* (Dal *Deutsche Medicinische Wochenschrift*, 1900).

Pozza Pietro. — *Resoconto clinico della Sezione Chirurgica del biennio 98-99,* Firizzano 1900 (Rende conto di 658 operazioni eseguite nel biennio su 780 ammalati curati, con 36 morti, ma 23 non in rapporto all'atto operativo.

Polano Romolo. — *L'ittioformio od il suo impiego nella terapia medica,* Milano 1900.

CRONACA.

Sono morti il Prof. Albert Clinico Chirurgico di Vienna del quale è noto il bel trattato di Clinica Chirurgica; il Prof. Benjamin Douglas Howard di Vermout de Burlington e John Ashurst di Pensilvania di Filadelfia.

Nel Congresso Internazionale della Stampa, furono per l'Italia nominati Presidenti d'Onore il Baccelli, il Bossi, ed il Ceccherelli.

Principale fra tutte le deliberazioni prese fu quella della costituzione della Associazione internazionale della Stampa Medica. Le proposizioni approvate furono le seguenti: « Gli Statuti di quest'Associazione internazionale saranno sottoposti al prossimo Congresso Internazionale della Stampa Medica. Saranno preparati da un Comitato Internazionale designato a questo scopo. I Membri di questo Comitato saranno eletti in ciascun Paese per l'Associazione dei Giornalisti Medici, convocati. Il Bureau di questo Congresso servirà provvisoriamente di intermediario tra i diversi gruppi nazionali incaricati di costituire un comitato internazionale ».

La sede del prossimo congresso internazionale sarà Bruxelles pel prossimo anno.

Il XV Congresso della Società Italiana di Chirurgia avverrà in Roma nei giorni 27, 28 e seguenti del prossimo Ottobre. Per l'iscrizione dei temi, ed avere la tessera e la carta di riconoscimento per usufruire dei ribassi di viaggi conviene dirigersi all'Ufficio di Segreteria, Dott. Tito Ferretti, Chirurgo primario Ospedali. Via Cavour 294, Roma.

MISSAGLIA GIUSEPPE, *gerente responsabile.*

Stab. Tipo-Lit. della Casa Editrice Dott. Francesco Vallardi, Corso Magenta, 48 — Milano.

DI UNA MODIFICAZIONE

ALLA

TECNICA DELLA STRUMECTOMIA

COL METODO BOTTINI

per il Dott.

TITO CAVAZZANI

Chirurgo dell' Ospitale di Sandrigo

Chi ha visto l'operazione del gozzo come è eseguita dal professor Bottini, rapida, sicura e semplice, deve convenire che, nella grande maggioranza dei casi, essa merita la preferenza sopra ogni altro metodo. Una prova ne sia il breve tempo occorrente all'estirpazione del tumore: talvolta in meno di 10 minuti, senza affrettarsi, il gozzo è levato; e spesso bastano da sei ad otto legature, tra le superficiali e le profonde; nè esiste pericolo, più che con altri metodi, di lesione del nervo ricorrente.

Ma v' è un solo punto oscuro, cioè la posizione della cicatrice proprio nel bel mezzo del collo; chi opera a scopo precipuamente cosmetico si preoccupa della cicatrice, e preferisce quindi al metodo Bottini uno di quelli che si servono d' incisioni trasversali: per esempio l'incisione arcuata trasversale (incisione a collare del Kocher). « Divide la cute e il muscolo pellicciaio, tagliando tra due « legature le vene mediane del collo dirette verticalmente. Le vene « giugulari esterne verso gli estremi dell'incisione possono il più delle « volte essere risparmiate. Incisa l'aponevrosi superficiale, si vede il « tessuto muscolare dello sternocleido e dei muscoli sternolaringei di « solito molto sottili. Recidendo questi ultimi al loro estremo superiore « ed intaccando eventualmente il margine anteriore del primo si ot- « tiene uno spazio considerevole per l'isolamento del tumore ». (Kocher). Così per la pelle si sacrificano i muscoli e i vasi, e si rende più lunga e difficile l'operazione.

Io ho cercato di metter d'accordo gli immensi vantaggi dell'incisione longitudinale mediana coi bisogni dell'estetica. Ed ecco il metodo, che credo non ancora descritto od usato da altri:

I. tempo: Incisione della pelle e del platisma trasversalmente da uno sternomastoideo all'altro, leggermente curva colla convessità

in basso, nella direzione delle pieghe cutanee. Si farà più o meno lunga, secondo il volume del gozzo.

II. tempo: Il lembo superiore viene scollato e tirato in alto con un uncino, e l' inferiore in basso, in guisa da scoprire la linea alba del collo dall'ioide al giugolo.

III. tempo. Si incide verticalmente sulla linea mediana l'aponevrosi e la capsula del gozzo.

Quindi si procede come insegna Bottini: lussando il gozzo, applicando le grosse pinze ai peduncoli, ecc.

Io faccio sempre, quand' è possibile, la sutura immediata. Il 5.° giorno levo le suture e dimetto il paziente. La cicatrice diventa presto invisibile.

L' ultima mia operata con questa modificazione fu una ragazza di 18 anni, Cunico Anna di Caldogno (Vicenza), che uscì perfettamente guarita cinque giorni dopo l'operazione (assistevano i colleghi dottori R. Piovene di Bressanvido e L. Pozzolo di Montecchio Precalcino). La ferita era addirittura invisibile.

Sandrigo, Settembre 1900.

SULLA

RIGENERAZIONE DEL PLESSO BRACHIALE

E

SULLA NEUROREAFIA

per il

DOTTOR A. CODIVILLA

Istituto Ortopedico Rizzoli in Bologna.

(Continuazione. e fine V. N. 9

---

*
* *

La storia degli altri quattro casi sarà per le ragioni già dette appena accennata. Il primo (Oss. 2.ª) fu operato nell'Ospedale di Castiglione Fiorentino (Arezzo). I due seguenti (Oss. 3.ª e 4.ª) in quello di Imola. L'ultimo (Oss. 5.ª) nell'Istituto Ortopedico Rizzoli (Bologna).

OSSERVAZIONE 2.ª M. F. di Castiglione Fiorentino riportò il 1.º Giugno 1894 accidentalmente una ferita a pallini nell'arto superiore sinistro. La ferita era partita da breve distanza ed aveva colpito l'arto alla piega del gomito. La pelle era stata esportata, i tessuti molli fino alle ossa lacerati e contusi. La ferita occupava in larghezza quasi tutta la piega del gomito: verso il lato ulnare la pelle era mantenuta fino a due centimetri circa dall'epitroclea. Sul lato radiale la ferita giungeva fino al bordo laterale. Longitudinalmente si estendeva per circa 6 od 8 centimetri sopra e sotto la piega del gomito. Il ferito non aveva perduto molto sangue. Mancava il polso alla radiale, la mano era fredda ed insensibile in tutta la regione anteriore ed ulnare dell'avambraccio e nella palma della mano. Motilità mantenuta soltanto nel territorio del radiale.

Si esportano i lembi cutanei e le masse muscolari ed i tessuti connettivi lacerati e contusi. Si fanno uscire così molti piccoli proiettili che trovavansi annidati in mezzo ad essi. Si scoprono in tal modo l'estremità inferiore dell'omero e la regione articolare. Allacciatura dell'art. brachiale, delle vene e d'altri vasi meno importanti. Tamponamento con garza iodoformica. Le condizioni della motilità e sensibilità sono invariate 9 giorni dopo avvenuta la ferita. Il fondo della soluzione di continuo presenta buon aspetto. Si preparano nella regione brachiale della ferita i nervi ulnare e mediano. Il primo si trova 2 centimetri sopra la regione epitrocleare in mezzo a tessuti contusi ed infiltrati di sangue, ma non presenta soluzione di continuità; il secondo circa due centimetri sopra la piega articolare è interrotto. Il capo inferiore si trova alla distanza di 5 centimetri. Cruen-

tazione della superficie di sezione; distensione dei monconi. Restano 4 centimetri di interruzione nel percorso del nervo, che si colmano con 2 lacci di filo di catgut N.° 1 passati longitudinalmente dall'un capo all'altro del nervo. Plastica cutanea all'italiana. Dal torace un lembo quadrilatero di 12 centimetri per 8 centim. Otto giorni dopo, distacco del lembo plastico del torace, chiusura della soluzione di continuo lasciata con ciò nel rivestimento cutaneo del torace.

Un mese dopo la lesione, la ferita è del tutto chiusa. L'avambraccio può compiere un lieve movimento di flessione sul braccio. Nessun accenno al ripristino della motilità e della sensibilità nel territorio dell'ulnare e del mediano.

Non ho più riveduto il malato. Ho avuto notizie sue ora, ed oggi, a quasi sei anni di distanza dal momento della lesione, le condizioni motorie della mano sono di poco variate. Il Dott. Dragoni scrive in proposito che mentre funzionano debolmente i flessori ed estensori dell'articolazione radiocarpea, è abolito il movimento laterale dal lato ulnare. Esistono deboli movimenti flessori del pollice, l'indice e medio, ma sono completamente aboliti quelli dell'anulare e mignolo. Non si effettua l'opposizione del pollice. Sensibilità del tutto abolita all'estremità dell'indice e del medio. Conservati nelle altre parti.

Osservazione 3.ª — R. Q. di anni 9, d'Imola. Si è ferito il 20 febbraio 1897 con uno strumento tagliente alla regione anteriore dell'avambraccio sinistro, poco sotto la metà dell'avambraccio. La ferita guarì rapidamente senza cure mediche, ma rimasero disturbi nella sensibilità e nella motilità della mano e delle dita. Era debole la flessione della mano sull'avambraccio. Il pollice si estendeva e si fletteva, ma non si poteva opporre alle altre dita. Non contrazioni nei muscoli dell'eminenza tenare. Il metacarpo del pollice poteva però avvicinarsi a quello dell'indice. Qualche poco impedita la flessione e l'estensione del 2.° e 3.° dito. Sensibilità ottusa, ma non scomparsa sulla porzione radiale della palma della mano e nella regione anteriore del 2.° e 3.° dito. Esisteva quindi una lesione del nervo mediano.

Il bambino fu operato 23 giorni dopo l'infortunio. Incisione di circa 10 centimetri a direzione longitudinale nella regione anteriore dell'avambraccio. L'incisione comprende la cicatrice della ferita nel suo punto mediano. Il tendine del flessore radiale è tagliato trasversalmente e sono incise pure fibre muscolari della regione laterale del flessore superficiale delle dita. Nella preparazione anatomica della regione per scoprire il nervo mediano, si trova il nervo completamente diviso; i due capi erano alquanto ingrossati, incastrati nel tessuto di cicatrice, ed allontanati l'uno dall'altro di circa 1 centimetro.

Dopo recentazione dell'estremità di divisione sutura con catgut N.° 0 del nervo con un punto a tutta spessezza nel tessuto proprio del nervo e con due nel neurilemma. Il nervo è completamente isolato dai tessuti vicini, e, dopo preparato per un certo tratto l'interstizio fra il flessore superficiale delle dita ed il profondo, viene spinto entro questo e così allontanato dai tessuti di cicatrice del punto leso. Il flessore superficiale è fissato con due punti di catgut al profondo. Riunione dei due monconi tendinei del flessore radiale e chiusura della ferita.

Circa 20 giorni dopo il bambino esce dall' Ospedale. La sensibilità è completamente ripristinata, e si mostrano pure contrazioni volontarie nei muscoli dell'eminenza tenare. Il flessore radiale funziona in modo normale, 2 mesi dopo ripristino della funzione dei muscoli della mano. Il ragazzo veduto ora, a 3 anni di distanza dal momento della lesione, ha normale la sensibilità e la motilità delle 4 ultime dita. Nel pollice sono pure possibili tutti i movimenti, e pure quelli in dipendenza dei muscoli dell'eminenza tenare, peraltro sembrano un po' più deboli e meno liberi che nel lato destro. Il ragazzo si serve della mano, senza notare differenza di sorta con quella del lato destro.

Osservazione. 4ª. — B. R. di anni 26, macellaio d'Imola. Il giorno 2 agosto 1898 riportò accidentalmente una ferita da taglio alla regione anteriore ed interna dell'avambraccio sinistro, poco sopra l'estremità inferiore dell'ulna. Fu operato dal Dr. Dalmonte, assistente. Si trovarono incisi trasversalmente in totalità il muscolo flessore ulnare della mano ed il nervo ulnare. Sutura dell'uno e dell'altro. La mano presentava i segni caratteristici della lesione del nervo ulnare: impossibilità ad allontanare le dita l'una dall'altra; estensione e flessione incompleta delle ultime due dita, difficoltà all'opposizione del mignolo col pollice. Insensibilità nella regione ulnare della palma e del dorso della mano.

Quindici giorni dopo l'operazione la sensibilità si era ripristinata e si osservava già un miglioramento nella motilità. Dopo due mesi la funzione poteva considerarsi come normale, se si eccettua un lieve grado di flessione delle due ultime falangi dell' ultimo dito, che volontariamente non può essere vinta.

Osservazione 5.ª — A. T., di anni 40, minatore, accolto nell' Istituto Ortopedico Rizzoli il giorno 16 Marzo 1899.

Otto mesi prima fu colpito da una grossa sbarra di ferro alla regione esterna del ginocchio ed alla parte alta della gamba.

L'uomo cadde a terra e tentando rialzarsi non potè reggersi sull'arto a causa di un forte dolore al ginocchio e che s' irradiava fino al dorso del piede.

La regione colpita si tumefece notevolmente ed obbligò al letto il T. per circa tre mesi. A cagione del sangue uscito dai vasi la pelle in questo tempo assunse un colorito nerastro. La lesione fu accompagnata dai segni di paralisi nel territorio dello sciatico popliteo esterno e cioè: impossibilità di flettere dorsalmente il piede e di abdurlo, anestesia sulla regione esterna della gamba e sul dorso del piede. Nel ginocchio erano abbastanza forti ed estesi i movimenti di flessione ed estensione.

La posizione che il piede prendeva durante il cammino gli rendeva difficile e faticosa la deambulazione.

All'esame fatto nell'Istituto fu dato avvertire la mancanza della prominenza fatta dalla testa del perone e nella regione posteriore esterna del ginocchio a circa 5 centimetri di distanza dall'estremità superiore del perone un corpo mobile, di durezza ossea, che si ammise fosse la testa del perone, distaccata dal colpo di sbarra. Si pensò che fosse stata trascinata nella posizione detta da una forte contrazione del bicipite e che il nervo fosse rotto o preso da aderenze. Il nervo è ineccitabile all'elettricità ed i muscoli (peronei, tibiale ant., estensore proprio dell'alluce ed estensore delle dita) presentano reazione di degenerazione.

Il 20 Marzo 1899 il T. fu operato. Incisione di 20 cm. circa all'esterno del cavo popliteo e lungo il perone per circa metà lunghezza della gamba. Il perone manca della porzione più esterna della testa, ed a notevole distanza da esso, verso l'alto, a circa 3 cm., si trova il frammento. La superficie di frattura del perone è riunita ai tessuti circostanti da spessi e duri tessuti fibrosi. In mezzo a questi riesce difficile scoprire il nervo peroneo. Si riconosce l'esistenza di un moncone periferico la cui superficie di sezione si trova dietro l'estremità superiore del perone e due centimetri più in alto di essa. Il nervo è verso la parte distale dell'arto liberato per circa 5 cm.

Dall'estremità superiore del perone fino alla regione occupata dal frammento distaccato, il bisturi si trova in mezzo a tessuti connettivi molto densi e duri, e non ostante le ricerche più accurate non è possibile scoprire il moncone superiore del nervo. Si estirpa il frammento del perone e si ricerca il tronco dello sciatico popliteo esterno, all'interno del muscolo bicipite. La dissezione è giunta già a circa 8 centimetri di distanza dal moncone periferico e si ritiene inutile continuarla a cagione dell'impossibilità di riporre le superficie di sezione a contatto, una volta scoperto il moncone centrale del nervo. Si scopre perciò il tronco dello sciatico popliteo interno verso la regione inferiore della fossa poplitea, si pratica un'incisione longitudinale nel nervo stesso e vi si innesta l'estremità del moncone periferico del peroneo.

Quindici giorni dopo l'operato può lasciarsi senza medicatura e si possono iniziare le applicazioni di corrente galvanica.

Sembrano migliorate le condizioni della sensibilità, poichè l'infermo sente il contatto degli oggetti sulla parte distale del dorso del piede. Nelle altre regioni mancanza di sensibilità, la motilità resta non modificata.

Il malato esce dall'Istituto un mese e mezzo dopo, senza ulteriori modificazioni nella motilità e nella sensibilità nel territorio innervato dallo sciatico popliteo esterno. Un apparecchio gli permette una facile deambulazione col piede flesso ed abdotto.

Ad otto mesi di distanza dall'atto operativo il T. informa che nessuna modificazione si è manifestata nello stato della motilità e della sensibilità del piede.

*
* *

Ritengo necessarie alcune considerazioni sulla tecnica seguita nei diversi casi, di cui ho riportato la storia. In due di essi non fu possibile portare a contatto le estremità dei monconi del nervo.

In un caso (oss. 2.ª) la distanza che separava i due monconi era di 5 centimetri e seguendo il consiglio di Assaky, in conformità delle idee del momento, fu affidato ai fili di catgut l'incarico di guidare la rigenerazione delle fibre nervose del moncone centrale verso il moncone periferico. Nell'altro si pensò fosse inutile insistere nella ricerca del moncone centrale, poichè la distanza che l'avrebbe separato dal periferico sarebbe stata troppo notevole, perchè essa avesse potuto essere colmata da qualche processo di plastica nervosa, ed a più forte ragione perchè si potessero porre a contatto i due mon-

coni nervosi. Anche se avessi facilmente rinvenuto il moncone superiore, e se avessi potuto portare l'estremità di questo sufficientemente vicina al periferico, non avrei applicata la sutura a distanza col catgut, col processo cui ho accennato ora, poichè essa era rimasta nell'altro caso con risultato più che dubbio. Ora, secondo il mio modo di vedere, le stesse cagioni che nell'osservazione 2.ª si potevano incolpare di avere ostacolata la rigenerazione nervosa nel tratto di separazione dei due monconi, esistevano pure nell'oss. 5.ª.

Nell'oss. 2.ª infatti le parti molli della regione anteriore del gomito erano state distrutte e fu necessario, per provvedere al rivestimento cutaneo della regione, ricorrere alla formazione di un lembo di pelle dal torace.

Ora, è facile comprendere come le condizioni dei tessuti che attorniano il tronco nervoso abbiano una grande importanza nel portare aiuto od ostacolo alla neoformazione del tratto di nervo che deve unire le estremità dei due monconi.

Se le fibre nervose devono rigenerarsi in mezzo a tessuti fibrosi o di cicatrice, ben difficilmente il processo di riparazione riuscirà allo scopo, poichè questi tessuti devono offrire notevole resistenza al passaggio delle fibre neoformate.

Nel mio caso di sutura a distanza, circa 5 centimetri di nervo avrebbero dovuto rigenerarsi in mezzo a tessuti connettivi, spessi e resistenti, e ben difficilmente, ammessa possibile l'efficacia di un tale processo, esso avrebbe dato buon risultato in questo caso. Nè mi parve adatta l'applicazione del tubo d'ossa decalcificate alla Vanlair, poichè l'osso decalcificato non sarebbe stato sopportato in mezzo a tessuti di tal genere, in una ferita nella quale erano più che dubbie le condizioni di asepsi.

Nell' oss. 5.ª, nella quale i processi di riparazione, che avevano seguito il trauma, avevano trasformato i tessuti della regione, in cui avrebbe dovuto avvenire la rigenerazione nervosa, in un ammasso di tessuto connettivo fibroso, pensai, senza continuare nella ricerca nel moncone superiore, di ricorrere all' innesto del moncone distale dello sciatico popliteo esterno nello sciatico popliteo interno. Nel compiere l'innesto ebbi in mira di produrre le minori lesioni possibili nel tronco del nervo tibiale, e perciò, inciso longitudinalmente il neurilemma, tentai di dissociare per un certo tratto i fasci nervosi, e nell'apertura introdussi l'estremità del nervo peroneo tagliato a cuneo: Passai due punti di sutura diretta sopra e sotto l' incisione, avendo cura che i fili corressero, per quanto era possibile, paralleli ai fasci nervosi: due punti di sutura trasversale sul neurilemma completarono la fissazione. Dopo l' atto operativo non si ebbero segni di lesa funzionalità dello sciatico popliteo interno.

Negli altri casi ho potuto, dopo la recentazione, portare a contatto le superfici di sezione dei nervi. Il metodo di sutura è stato

sempre in parte diretto ed in parte indiretto. Quando i tronchi nervosi si sono prestati per la loro grossezza, le superficie di sezione si sono riunite per mezzo di un'ansa passata a tutta spessezza nei due capi nervosi, e di due punti di sutura che li abbracciavano parzialmente nel piano perpendicolare a quello della prima ansa. Quando erano necessarî, alcuni punti nel neurilemma rendevano più sicuro il corrispondersi delle superfici del taglio.

Mi ha servito da filo di sutura il catgut sottile, e nel caso di ricostituzione del plesso brachiale ho adoperato il crine di cavallo.

Io ritengo che questo materiale di sutura debba raccomandarsi nella sutura nervosa. I suoi pregi sono quelli di unire ad una notevole sottigliezza sufficiente resistenza, e, fatto che a me sembra meritevole di considerazione, un certo grado di elasticità. Il crine di cavallo si allunga sotto la trazione, poi ritorna su sè stesso al cedere di questa. Tale proprietà a me sembra preziosa in questi casi, nei quali si ha bisogno di mantenere a mutuo contatto tessuti delicati e facilmente vulnerabili. Un filo inestensibile schiaccia i tessuti, se l'ansa è fissata strettamente, e non ha alcuna azione di fissazione, se, col cedere di questi, ha perduto la sua tensione primitiva. Così il crine di cavallo di facile disinfezione, sottile, resistente, elastico, ben tollerato dai tessuti, lentamente riassorbibile, presenta a mio credere tutte le qualità necessarie, perchè sia adottato nella sutura nervosa.

Se, come a me sembra evidente, il mio caso di lesione del plesso brachiale prova che in seguito alla sutura può avvenire il ripristino della conduzione lungo i tronchi dei nervi tagliati, permette pure di affermare che la sutura nervosa eseguita colla tecnica da me tenuta, e coll'uso di crine di cavallo, prepara nei rapporti di contiguità nelle superfici di sezione del tronco nervoso, condizioni adatte ad una buona rigenerazione del nervo.

Queste condizioni sono pure favorite, come ho già detto, dallo stato dei tessuti circumambienti. Quando questi non sono alterati dal trauma o dalla flogosi, quando non sono esistite profonde infiltrazioni di sangue o perdite di sostanza, quando una circolazione sanguigna attiva rende vivaci i processi di riparazione, più rapida avverrà la riunione dei monconi nervosi e la neoformazione delle fibre non incontrerà ostacoli insormontabili.

Nelle lesioni del plesso brachiale appunto le condizioni dei tessuti che attorniano i nervi incisi e le alterazioni nella circolazione sanguigna, che sono conseguenza delle ferite dei vasi, stanno fra le cause di maggiore momento ad impedire una facile riunione della superficie di divisione dei tronchi nervosi, e quindi il ripristino della conduzione delle fibre.

Perciò ho posta sempre ogni cura nella preparazione dei tessuti che devono servire da letto ai tronchi nervosi riuniti colla sutura.

Ho estirpato quindi tutto ciò di cui fosse dubbia la vitalità, ho allontanato il sangue che infiltrava i tessuti, od i grumi che si erano raccolti in mezzo ad essi; nei casi di sutura secondaria ho tolto il connettivo cicatrizio, e, quando mi è stato possibile (oss. 3.ª), ho avuto cura di preparare in mezzo a tessuti sani un ambiente migliore per il nervo suturato. In tutt'i casi poi ho cercato, con cuciture a strati, di allontanare il campo della sutura nervosa, dalla linea di riunione cutanea.

A tutte queste circostanze credo di dover dare importanza nello stabilire le ragioni dei buoni risultati funzionali ottenuti nei tre casi, in cui ho potuto porre a contatto i monconi nervosi.

Di fronte a questi tre casi, nei quali tanto la motilità che la sensibilità si sono ripristinate, stanno gli altri due, in cui non ho potuto riunire intimamente le superfici di sezione ed in cui nessun fatto ha potuto far pensare ad un ritorno della conduzione degli impulsi attraverso le fibre del nervo leso.

Il miglioramento nello stato della sensibilità che mi è sembrato di riscontrare nell'oss. 5.ª, dopo l'estirpazione del frammento osseo e l'innesto nervoso, non prova nulla per la conduzione attraverso le fibre nervose, che hanno subito l'innesto. Molto spesso si sono osservati infatti, dopo la recentazione delle estremità nervose sezionate e la sutura, ritorni rapidi di sensibilità. Per spiegare questo fatto si è dovuto ricorrere ad un'ipotesi. Si è ammesso cioè che si trattasse di conduzione attraverso vie collaterali, i cui centri innanzi l'atto operativo erano sottoposti all'inibizione prodotta dal neuroma, o da altre cagioni che alteravano l'estremità del moncone centrale del nervo. Al togliere della causa permanente di inibizione, i centri nervosi avrebbero riacquistata la loro funzione e la sensibilità si sarebbe così ripristinata.

Forse su questi fatti potranno portare luce gli studî da poco tempo iniziati sulle modificazioni, che subiscono i corpi cellulari nervosi in conseguenza delle alterazioni delle fibre che da essi dipendono.

È tuttavia strano che si sia ammesso che questi fenomeni di inibizione e di ritorno di funzione al togliere di questa, potessero avvenire per la sensibilità, mentre si è negato che ciò fosse possibile per la motilità. Ora gli studî del Marenghi mostrano evidentemente che pure la motilità può ritornare per vie collaterali ed in tal caso non esiste difficoltà alcuna per pensare, che quando, dopo un atto operativo, sopra un nervo si nota un immediato o rapido ritorno della funzione motoria, questo avvenga collo stesso meccanismo che si era già ammesso per il ritorno della sensibilità.

Ritenendo che la sutura a distanza dei monconi nervosi sia atta a provocare la rigenerazione del tratto di nervo mancante, ho già detto che, per l'osserv. 2ª. si possono trovare le cagioni della man-

cata rigenerazione nelle condizioni dei tessuti che attorniavano il nervo leso.

Tuttavia è forse da domandarsi se le ricerche sperimentali sugli animali, e l'esperienza clinica, diano realmente ragione di credere che con questo mezzo, come col così detto processo di tubolizzazione alla Vanlair, si possa giungere a rigenerare lunghi tratti di nervi. Il ritorno di funzione, sia sensitiva, sia motoria, può avvenire attraverso altre vie, che non quelle che percorrevano il nervo diviso, e potrebbe benissimo essere questo il modo come la funzione si è ristabilita nei rari casi, nei quali ciò si è osservato. Nel mio caso (Oss. 2.ª) i deboli segni di ripristino di funzione nel territorio dei nervi, parlano, a mio credere, in favore di questo giudizio. La diminuzione della distanza fra i due monconi, constatata dopo mesi dall'atto operativo in alcune esperienze sopra gli animali, e che si è ascritta ad una neoformazione dal moncone centrale, poteva essere causata dalla naturale retrazione dei tessuti fibrosi, che avevano legato insieme le estremità nervose. Sarebbe certamente buona cosa, ora che le idee sopra il meccanismo fisiologico del ripristino di funzione, dopo le lesioni dei nervi periferici si sono modificate, ritornare su tale questione e ripetere le ricerche sperimentali.

Anche il concetto della rigenerazione nervosa favorita da canali ossei, che un tempo si ammetteva come l'unica cagione del ripetersi delle nevralgie, dopo resezioni delle branche del trigemino, ha perduto molto valore, poichè si è riconosciuto che il più delle volte l'alterazione, che era causa della nevralgia, si trovava al disopra del punto attaccato coll'atto operativo, o che il ripetersi dei dolori nevralgici stava nel fatto che un neuroma, prodottosi all'estremità del moncone centrale, irritava le fibre nervose e tali irritazioni giungevano al centro come eccitamenti dolorifici.

Come pure l'efficacia dell'innesto del moncone periferico sembrami più che dubbia. Anche in teoria riesce difficile dare una spiegazione soddisfacente del modo come possa avvenire tanto la conduzione degli stimoli sensitivi che dal moncone periferico devono passare al centro lungo il nervo che ha subito l'innesto, che la conduzione degli stimoli motori che dal centro devono lungo il nervo essere trasmessi al moncone innestato. Sarebbe necessario che, per mezzo di fibre neoformate, si producessero lungo questo nervo nuovi rapporti fra le fibre innestate e la loro porzione prossimale, che la lesione ha separato da esse. Si dovrebbero così produrre lunghi tratti di fibre nervose poichè le regioni, nelle quali le fibre dei due nervi sono associate, si trovano per solito a notevole distanza dal punto dell'innesto. Le conclusioni basate sopra le ricerche sperimentali sono suscettibili anche qui delle stesse obiezioni fatte per le suture a distanza, e cioè che nei casi, nei quali dal ripristino di funzione si è tratta ragione per credere ad una nuova conduzione lungo la por-

zione del nervo che sta sopra al punto dell'innesto, si abbia avuto a che fare invece con un ritorno di funzione dipendente da un ristabilirsi della conduzione lungo vie collaterali; fatto che negli animali accade abbastanza di frequente, come Marenghi ha dimostrato.

Per l'uomo i casi di Sick e Sänger, innesto del radiale nel mediano, e di Marchant, del mediano nell' ulnare, sembra parlino per la possibilità di un ripristino di conduzione lungo il nervo, che ha subito l'innesto; nel caso di Desprez, la funzione era già in parte ritornata prima dell'atto operativo. Wölfler (innesto dello sciatico popliteo esterno nello sciatico popliteo interno) si è trovato nelle mie stesse condizioni, e cioè, dopo otto mesi, non ha osservato alcun segno di ripristino di funzione. Nel mio caso ritengo perduta ogni speranza in un ulteriore miglioramento ed ho consigliato il malato a ricorrere ai trapianti tendinei.

*
* *

La differenza fra i risultati funzionali, nei casi nei quali ho potuto portare a contatto le superfici di divisione dei nervi e riunirle direttamente con sutura, ed in quelli, in cui ciò non è stato possibile, impressiona, come ho già accennato, a favore della teoria del ristabilirsi della conduzione lungo le fibre stesse del nervo diviso. Se la conduzione degli stimoli, dopo una divisione di un nervo, si facesse sempre lungo le vie collaterali, sarebbe necessario ammettere nei miei casi qnesta strana coincidenza, che queste vie preformate esistessero soltanto nei tre casi, nei quali ho potuto eseguire la sutura diretta, e non nei due, nei quali non è stato possibile compierla. L'osserv. 1.ª e l'osserv. 2.ª hanno questo di comune che il nervo ulnare ed il mediano sono stati lesi sì nell'una, che nell'altra ma nell'osserv. 1.ª dopo la sutura nervosa, la funzione è ritornata completa mentre nella osser. 2.ª, nella quale questa sutura non è stata compiuta, il ripristino di funzione è mancato. Nell'osserv. 1.ª si aveva in più una lesione del nervo muscolo-cutaneo, e quindi con probabilità l'eliminazione di un'aiuto al ristabilirsi della conduzione per vie collateterali. E se si volesse osservare che la posizione più elevata (regione ascellare) della lesione nervosa era più adatta ad un tal modo di ristabilirsi della funzione, perchè la maggiore lunghezza del moncone periferico permetteva che tutti i rapporti anastomotici dei nervi fossero messi a profitto, io troverei un appoggio sul fatto che per contro nelle lesioni del plesso brachiale per regola il completo ritorno della funzione manca, e che il mio caso costituisce appunto un' eccezione alla legge di Etzold. A me sembra quindi che questo caso permetta di stabilire che la conduzione degli stimoli nervosi, dopo la divisione del nervo, possa avvenire lungo le fibre del nervo stesso, quando le estremità sezionate siano state poste a contatto. Il modo poi come in questo caso di lesione del plesso brachiale si è ripristinata la funzione, parla in favore dell'antica teoria della rigenerazione.

Infatti, ad un mese di distanza dalla sutura, è scomparsa la paralisi del gran pettorale, poi a poco a poco quella dei muscoli delle regioni inferiori dell' arto, e ciò per gradi e a maggiore distanza di tempo dell'operazione, quanto più lungo era il tratto di fibre nervose che divideva il punto leso dalle terminazioni di esse nei muscoli. I muscoli della mano infatti non hanno funzionato che ad un anno di distanza dal momento della lesione. Col discendere del ripristino di funzione sembra sia posto sott'occhio pure il discendere dall'alto della rigenerazione del nervo e ciò permette di pensare che il ripristinarsi della funzione sia avvenuto in seguito al rigenerarsi del nervo del moncone centrale.

Gli studî di Marenghi hanno stabilito: che negli animali la funzione, dopo la neurotomia, può ritornare nel territorio dipendente dal nervo diviso, lungo vie collaterali. Ciò è pure confermato dall'esperienza clinica. Questo non toglie però che il ripristino di funzione non possa aversi pure per conduzione degli eccitamenti nervosi, lungo le fibre del nervo leso, allorchè queste sono state poste nelle condizioni adatte, perchè le fibre nervose distrutte rigenerino e la continuità si riproduca. La riunione delle superfici di sezione, per mezzo della sutura, rende possibili appunto queste condizioni.

Circa il modo come tale rigenerazione avvenga, soltanto da ulteriori studii sperimentali potranno essere tolte le controversie, che in questo momento agitano tale questione. Lo studio del mio caso di lesione del plesso brachiale afforza l'opinione che le fibre del moncone periferico si sieno rigenerate per mezzo della neoformazione discendente delle fibre del moncone centrale, ma non può avere sufficiente valore dimostrativo per portare un giudizio assoluto in proposito.

R.R. Spedali Riuniti di Pistoia

Secondo contributo allo studio delle indicazioni

DELLA

SPLENECTOMIA NELLA SPLENOMEGALIA MALARICA

OSSERVAZIONI

SOPRA NOVE SPLENECTOMIE

ESEGUITE DAL DOTT. A. NANNOTTI

Docente di patologia chirurgica, Chirurgo primario dello Spedale

(Continuazione e fine V. N. 9)

3.° S. T. di Cortona di anni 44 dimorante da 14 a 15 anni a Grosseto contrasse la prima infezione malarica 12 a 13 anni prima. Da circa 6 anni era molestato da disturbi dispeptici, da coliche intestinali, e da una sensazione dolorosa di stiramento all'epigastrio determinata da un ragguardevole tumore splenico. Fu per varie volte ricoverato all'ospedale. Nell'aprile del 1896 il tumore splenico occupava i due quadranti addominali di sinistra e parte del quadrante inferiore di destra: era durissimo alla pressione e dolente specialmente al di sotto dell'arcata costale. Esisteva un discreto grado di cachessia e l'emometro di FLEISCHL segnava 70°: di quando in quando si presentava qualche manifestazione febbrile, ma con lievissima elevazione termica.

La cura protratta per due mesi, mentre apportò un notevole miglioramento nelle condizioni generali del paziente, non produsse alcuna riduzione nel volume del tumore splenico, che soltanto divenne meno duro e meno dolente. Nonostante gli scarsi risultati ottenuti non mi credetti autorizzato a procedere alla splenectomia tanto insistentemente richiesta dal paziente, anche perchè riteneva il polo superiore della milza troppo aderente al diaframma sovrastante e quindi difficile e forse impossibile l'atto operativo, per cui consigliai l'infermo a persistere ancora per molto tempo, nella cura adottata. Egli infatti si arrese ai miei consigli ed eseguì con una certa diligenza la cura prescritta, ma soltanto dopo 5 mesi si manifestarono segni evidenti di riduzione nel volume della milza. Rividi spesso il paziente; dopo due anni il limite inferiore della milza non oltrepassava la ombelicale trasversa ed internamente raggiungeva appena il prolungamento della parasternale, ma la riduzione di volume parve arrestarsi a questo punto, almeno fino alla mia partenza da Grosseto che avvenne nell'aprile del 1899. Questo grado di iperplasia splenica era però benissimo tollerata, e non impediva al paziente di accudire ai suoi lavori campestri.

4.° A. S. vedova di anni 42 di Scansano, dimorante da molti anni nella pianura di Grosseto fu accolta nello spedale nel febbraio 97, con milza iperplasica, mobile, invadente i due quadranti addominali inferiori e parte del quadrante superiore di sinistra.

La prima infezione malarica datava da molti anni, ma non eran mancate nuove successive infezioni che furono regolarmente combattute coi preparati di chinina. Esisteva un certo grado di cachessia, ma la milza, per quanto spostata e voluminosa, non arrecava disturbi apprezzabili tranne un senso di pesantezza al basso ventre. Fu per l'assenza dei comuni disturbi dovuti alla splenomegalia, che mi credetti in dovere di attenermi in questo caso alla semplice cura medica.

La cura protratta per un mese dentro lo spedale e continuata, almeno così mi assicurava la paziente, per altri due mesi a domicilio, non ebbe altro effetto che quello di migliorare radicalmente le condizioni generali, lasciando quasi inalterato il tumore splenico. Dopo un anno la riduzione era abbastanza sensibile, ma pur tuttavia il tumore era capace di occupare tutto il quadrante addominale inferiore di sinistra, e piccola parte della destra. Avrei allora consigliata l'operazione se la paziente non avesse protestato di sentirsi bene e capace di attendere a tutte le faccende di contadina.

5.° F. V. di anni 40, di Castiglione della Pescaia, lavorante di campagna, fu accolto nello Spedale nel novembre 1897. Era stata colpita due anni prima da perniciosa a cui aveva tenuto dietro un forte esaurimento generale, mantenuto ed alimentato dal frequente ritorno di nuovi accessi febbrili. Da un anno non aveva più febbri, ma era tormentato da un tumore di milza che, oltre ad invadere completamente il quadrante addominale superiore di destra, oltrepassava di qualche centimetro la linea ombelicale trasversa e la ifo-ombelicale. Esisteva un leggero grado di cachessia e l'ematometro di Fleischl segnava 75°.

Dopo un mese di cura la milza erasi ridotta dentro alle linee ombelicale trasversa e xifo-ombelicale, sopra ricordate. Raccomandammo caldamente al paziente il proseguimento della cura e dopo altri sei mesi, rivedendolo, avemmo il piacere di constatare che il tumore splenico debordava di poco dall'arco costale e lo stato di nutrizione generale era ottimo.

6.° A. P. di anni 36 di S. Fiora, dimorante a Grosseto da circa 6 anni, fu ricoverata allo spedale nel novembre 1897, con gravidanza a termine e ragguardevole tumore splenico. Avvenuto regolarmente il parto di una bambina in discreto stato di nutrizione, dopo un puerperio strettamente normale, la milza occupava i due quadranti addominali di sinistra; era discretamente mobile, più che altro in senso laterale, ma non produceva speciali sofferenze: esisteva un certo grado di cachessia colle sue manifestazioni caratteristiche, e l'ematometro di Fleischl segnava 65°.

La cura intrapresa determinò un rapido miglioramento nello stato generale, ma la involuzione del tumore splenico incominciò a manifestarsi appena dopo tre mesi. Mi resultava che la paziente non era troppo osservante dei consigli ricevuti e che non aveva la costanza di ripetere a lievi intervalli la cura medica iniziata, ma, nonostante ciò, dopo 18 mesi la milza era ridotta a un terzo del suo primitivo volume ed era benissimo tollerata, senza dire che lo stato di cachessia erasi completamente dileguato.

Secondo Gruppo.

Del secondo gruppo fanno parte alcuni casi nei quali la splenomegalia era complicata da un grado più avanzato di cachessia, con una intermittente ricomparsa di accessi febbrili. Talvolta il tumore splenico era accompagnato anche da un certo grado di epatomegalia.

Nei primi 8 o 10 giorni di cura si praticarono giornalmente iniezioni ipodermiche di bicloruro di chinina e di arseniato di ferro. In seguito, le iniezioni di chinina furono fatte in giorni alterni, e successivamente due volte la settimana persistendo per lungo tempo nelle iniezioni di arseniato di ferro ed iniziando la cura idroterapica, non appena notavasi un discreto miglioramento delle condizioni generali.

1.° B. N. di anni 36, di Stia. fu accolta nello spedale nel novembre del 1897. Aveva contratta la prima infezione malarica all'ètà di 22 anni, ma ne guarì completamente non avendo risentito più disturbi di sorta. Nell'estate del 1894 la paziente tornò di nuovo a lavorare nella campagna grossetana ma fu colta da una infezione malarica così grave e violenta che gli accessi febbrili si protrassero con soste più o meno lunghe per due anni consecutivi. Al momento del suo ingresso nello spedale la B. N. presentava segni evidenti di una profonda cachessia caratterizzata da un colorito giallo-terreo della cute, da cefalalgia persistente, debolezza estrema ed edemi parziali degli arti inferiori. Il ventre era considerevolmente teso ed occupato per circa due terzi dalla milza ipertrofica: il fegato debordava dall' arco costale per tre dita trasverse: la pressione anche superficiale del tumore splenico determinava dolore. L'inferma si lagnava di una profonda ambascia di respiro, e di una dolorosa sensazione di stiramento e di pressione all'ipocondrio sinistro che si faceva più marcata nella stazione eretta.

L'Ematometro di Feischl segnava 55°, la temperatura generalmente era normale; soltanto la sera per poche ore saliva a 38°.

Iniziata energicamente la cura nel modo suddetto, dopo pochi giorni si ebbe a notare l'assoluta scomparsa delle elevazioni termiche vespertine a cui tenne dietro un sensibile miglioramento, specialmente subiettivo, dello stato generale, col ritorno dell 'appetito e col miglioramento delle forze. Dopo un mese di cura lo stato di cachessia, se non assolutamente scomparso, erasi profondamente modificato; il fegato appariva ridotto nei suoi limiti normali, l'esame del sangue coll'ematometro dava 70°, ma la milza conservava il suo volume assolutamente inalterato. Soltanto dopo due mesi si potè apprezzare un'evidente riduzione del tumore splenico, la cui consistenza era assai diminuita come ne era diminuita la precedente sensibilità alla pressione. L'inferma, pur sentendosi assai migliorata nelle forze, continuava a lagnarsi della molesta sensazione di peso al ventre e di una dolorosa sensazione di stiramento all'ipocondrio sinistro che le impediva di attendere a qualunque lieve lavoro. Nel terzo mese associai alla cura generale ricostituente ed antimalarica una cura idroterapica con docce giornaliere sull'addome. L'effetto parve buono e la milza si ridusse sensibilmente.

Trascorsi sette mesi dall'inizio della cura, il tumore splenico oltrepassava appena di qualche dito trasverso i limiti del quadrante addominale superiore sinistro, ma la paziente persisteva ancora nel reclamare l' operazione per essere liberata dai dolori che lo tormentavano. Senza cedere alle insistenze della malata io la consigliai invece di continuare la solita cura assentandosi per tutta l'estate dalla maremma che ne avrebbe ritratto un utile beneficio. Ella infatti aderì al mio suggerimento ma nel novembre successivo tornò nuovamente ad insistere per essere operata non potendo ella diceva lavorare a causa dei dolori. Nei quattro mesi trascorsi la milza erasi pressochè mantenuta nei suoi limiti precedenti, ma è da notarsi che l'ammalata aveva trascurato affatto le mie prescrizioni terapeutiche. Intrapresa di nuovo la cura, i dolori diminuirono sensibilmente, e la paziente potè riprendere i suoi faticosi lavori campestri, per quanto la milza occupasse intieramente il quadrante addominale superiore sinistro. Nell'estate del 1899, la milza erasi ancora rimpicciolita e non arrecava che qualche lieve ed incostante molestia.

2.° S. R. di anni 45, d'Ischia d'Ombrone, coniugata con figli, aveva costantemente vissuto in luogo malarico e ripetutamente era stata colta dall'infezione. Entrò nello spedale nel febbraio 1896 con un tumore di milza che occupava completamente i due quadranti addominali superiori e con cachessia malarica assai inoltrata. L'ematometro di Fleischl segnava 30°: l'inferma si lagnava di una straordinaria debolezza generale, di anoressia, di cardiopalmo, di ambascia di respiro, e sopratutto poi era tormentata da un senso di pesantezza o di tensione al basso ventre per cui era costretta a passare molte ore del giorno stando distesa sul letto. La cura apportò subito benefici effetti sullo stato generale; migliorò lo stato di nutrizione, tornarono le forze ma il tumore splenico dopo tre mesi trovavasi tuttora nelle stesse condizioni. La cura idroterapica in seguito favorì un certo grado di riduzione ma poco sensibile; però la paziente asseriva di trovarsi bene e di non risentire più grande molestia dalla presenza del tumore. Ordinai allora una ventriera elastica e raccomandai di ripetere di quando in quando la cura generale e locale. Rividi l'inferma per molte volte durante la mia dimora a Grosseto. Notizie recenti mi dicono che la milza si mantiene sempre voluminosa, ma per quanto si trovi dislocata nel bacino, non arreca disturbi di sorta.

3.° S. C. di anni 40, fu ammessa nello spedale nell'aprile del 1897. Nata e vissuta costantemente nella maremma Grossetana, era andata soggetta a varii attacchi d'infezione malarica acuta. Entrò nello spedale in stato di cachessia abbastanza inoltrata, complicata da tumore splenico enorme e da gravidanza al 7° mese. L' enorme distensione del ventre, lo stato d'idroemia, gli edemi agli arti inferiori, la presenza di una certa quantità di liquido ascitico nella cavità addominale, l'esistenza di uno stato febbrile lieve ma sub-continuo, accompagnato da una profonda prostrazione di forze reclamavano un rimedio energico ed immediato. Fu iniziata la solita cura ma dopo quattro giorni apparve subito la minaccia di un parto prematuro. Invece di ostacolarlo, il parto fu aiutato con irrigazioni vaginali calde, frequenti ed abbondanti prima e completate poi sollecitamente coll'estrazione podalica del feto e col secondamento artificiale. Il puerperio procedè bene

simo. Vuotato l'utero, si potè anche meglio apprezzare lo straordinario volume della milza, che occupava intieramente i due quadranti addominali inferiori e il superiore di sinistra, era di consistenza elastica ed assai dolente alla pressione. Il fegato debordava di tre dita trasverse dall'arco costale. Avvenuto il parto, dopo tre giorni, comparve una febbre altissima, a 40 $^1/_2$ preceduta da un brivido intenso e prolungato, la quale si protrasse per poche ore e scomparve con abbondanti e profusi sudori.

Lo stato grave della paziente non reagì tanto sollecitamente all' azione della cura; solo dopo un mese si potè apprezzare un evidente miglioramento nelle condizioni generali. La cura fu continuata con molta energia e coadiuvata da un'intensa nutrizione.

Dopo tre mesi lo stato di cachessia era migliorato ma non scomparso; erasi riassorbito il liquido ascitico, cessati gli edemi, il fegato era tornato nei suoi limiti normali, e la milza alquanto rimpicciolita. Negli ultimi di luglio la paziente lasciò lo spedale per recarsi in montagna, per cui non la rividi che nel dicembre successivo.

In quell'epoca le condizioni generali erano abbastanza buone, se non buonissime, è la milza occupava solo i due quadranti addominali di sinistra, oltrepassando appena di qualche centimetro la linea onfalo-pubica. Prescrissi la solita cura da ripetersi ad intervalli variabili, riserbandomi di vedere l'ammalata due o tre volte all'anno. Il miglioramento dello stato generale e del tumore splenico fu lento ma progressivo, tanto che nel gennaio del 1899 la milza non oltrepassava che di qualche centimetro in basso la linea ombelicale trasversa, raggiungendo appena in avanti il prolungamento della parasternale, e l'ammalata assicurava di sentirsi nella pienezza delle sue forze senza accusare il più lieve disturbo.

4.° F. G. di anni 26, di Casteldelpiano, paese saluberrimo di montagna, scendeva in ogni estate nella maremma grossetana in cerca di lavoro e contrasse la prima infezione malarica nel 1894. Quantunque si curasse convenientemente, le febbri malariche si protrassero per lungo tempo e si riacutizzarono sempre nelle stagioni estive degli anni successivi.

Entrò nello spedale nel novembre del 1897 con un tumore di milza che oltrepassava in avanti la linea xifo-ombelicale per due centimetri, e in basso sorpassava di quattro dita la linea ombelicale trasversa. Esisteva uno stato di cachessia abbastanza rilevante, tantochè l'ematometro di Fleischl segnava appena 60^0, complicato da una frequente ricomparsa degli accessi febbrili.

In nessun caso, come in questo, la cura ebbe immediati, favorevoli effetti. Dopo 15 giorni la ipertermia era assolutamente scomparsa e le funzioni di nutrizione completamente ristabilite. Al termine di 3 mesi lo stato di cachessia erasi dileguato, e la milza erasi ridotta al di dentro della linea xifo-ombelicale e della ombelicale trasversa, venendo così a diminuire, se non a cessare, i disturbi non lievi precedentemente determinati. In seguito a questo miglioramento, il paziente tornò ben presto ai suoi abituali lavori senza avvertire un grave incomodo dal persistente ingrossamento di milza. Sul principio dell'estate del 1898 anzichè trattenersi in maremma salì in montagna, al paese natìo, dove si sottopose di nuovo alla cura da me prescritta, sotto la sorveglianza di un egregio collega. Questo nuovo

periodo di cura completò la guarigione; rimase ancora un certo grado d'ipertrofia splenica, che era inavvertita, ma le condizioni generali tornarono affatto integre.

5.° S. P. di anni 38, di Aquila, dimorante da circa 10 anni a Montepescali, aveva contratta varie volte l'infezione malarica e diceva di avere avuta anche la perniciosa. Entrò nello spedale nel Febbraio 1897, perchè si sentiva assolutamente esausto di forze ed incapace di attendere a qualunque più lieve occupazione. Il paziente era in uno stato di cachessia piuttosto inoltrata: l'ematometro di Fleischl dava 55°, la milza occupava quasi due terzi della cavità addominale, era dolentissima alla pressione anche la più superficiale, specialmente in corrispondenza della cicatrice ombelicale; il fegato debordava appena dall'arco costale.

La cura sul principio fu disturbata ed interrotta dal sopraggiungere di un'ematuria piuttosto intensa, ma quando all'iniezione di forti dosi di bicloruro di chinina furono sostituite iniezioni di piccole e ripetute dosi della stessa soluzione, l'ematuria scomparve e così la cura riprese il suo ordinario andamento. Dopo 15 giorni era affatto cessata la sensazione di estrema debolezza accusata dal malato, era tornato l'appetito e con esso anche le forze accennavano a risorgere. Al termine di un mese anche la milza, sebbene non fosse affatto rimpicciolita, si mostrò meno tesa, meno dura, e poco dolente alla pressione. Appena le condizioni generali si furono sostanzialmente modificate, il che accadde dopo 3 mesi di cura, fu iniziata anche la cura idroterapica, per facilitare l'involuzione del tumore splenico che sembrava rimanere stazionario.

È un fatto che dopo pochi giorni di questo trattamento la milza, che era rimasta completamente inerte, ebbe un brusco cambiamento e prese a ridursi considerevolmente. Nel mese di luglio, cioè dopo 5 mesi di cura, essa erasi certamente ridotta di un terzo del suo volume. In quest'epoca il malato lasciò la maremma per recarsi in montagna ed io non lo rividi che il novembre successivo. Egli era ancora migliorato nel suo stato generale, ma la riduzione del tumore splenico, di cui aveva prese esatte misurazioni, non aveva troppo guadagnato, anzi sembrava che esso determinasse maggiori molestie. Consigliai di ripetere ancora per un mese la solita cura da cui avevamo tratti si buoni vantaggi e tornammo infatti ad avere un nuovo miglioramento. Ciononostante la milza si manteneva ancora assai voluminosa e, per i disturbi che arrecava, impediva al paziente di attendere a qualunque occupazione. Molte volte si raccomandò a me per essere operato, ma io cercai sempre di persuaderlo ad attendere ancora, ripetendo di quando in quando la cura e consigliandolo ad abbandonare la maremma. — In questo tempo l'ammalato si allontanò da me nè più lo rividi per quanto lo ricercassi. Nel marzo del 1899, cioè due anni dopo l'inizio della cura il *S. P.* si presentò a me con una lussazione sottocoracoidea della spalla destra e, soltanto per questa malaugurata circostanza, potei constatare che le condizioni generali erano tornate ottime, e il tumore splenico era quasi totalmente ridotto, da non occupare nemmeno completamente il quadrante addominale superiore sinistro. Colla involuzione del tumore splenico erano dileguate tutte le sofferenze che più volte lo avevano indotto a reclamare una operazione, ed ora poteva stare comodamente a cavallo per intiere giornate e correre e saltare senza provare nessuna molestia.

Dopo la sommaria esposizione di queste storie cliniche che rappresentano i casi più tipici e più genuini di splenomegalia malarica complicata da cachessia, sarebbe ozioso che io mi dilungassi nell'esposizione di tutte le numerose osservazioni cliniche fatte nello Spedale di Grosseto.

Dall' insieme delle mie osservazioni io mi sento autorizzato ad affermare che il tumore splenico da malaria, convenientemente curato, è sempre suscettibile di ridursi di volume, ma che questa riduzione varia a seconda dei casi.

Nei casi di splenomegalia assai pronunziata e complicata da cachessia malarica, la riduzione di volume si fa più o meno lentamente a seconda che si tratta d'individui che abbiano sofferto ripetuti attacchi d'infezione malarica fino da un' epoca lontana, o d' individui da pochi anni soltanto soggetti all' infezione palustre. La riduzione del tumore splenico non è mai assolutamente completa, ma può essere tanto considerevole da vedersi, ad esempio, una milza, capace di occupare due terzi della cavità addominale, ridursi dopo un certo tempo nei limiti del quadrante addominale superiore sinistro.

La involuzione del tumore procede di pari passo o segue il miglioramento delle condizioni generali; il rapporto fra globuli rossi e globuli bianchi torna ad avvicinarsi al normale, l'emoglobina aumenta considerevolmente.

Le sofferenze determinate dal tumore splenico stanno, come si comprende, in rapporto colle aderenze e collo stato di congestione del viscere: venendo quindi a cessare i fatti di perisplenite e diminuendo il volume e il peso dell'organo anche le sofferenze vanno dileguandosi per cessare spesso anche del tutto.

Negli ammalati in cui il tumore splenico non è accompagnato da altri perturbamenti organici, i rimedi medicamentosi invece non esercitano un'azione troppo spiccata e non inducono una forte modificazione nel volume del viscere che in questi casi, è bene notarlo, non raggiunge mai un volume ragguardevole. Per le condizioni generali del paziente, pel modo di comportarsi della splenomegalia si direbbe che in questi casi non si trattasse più di una forma malarica, ma sibbene di una iperplasia ed ipertrofia semplice residuale, incapace ormai di reagire all'azione dei rimedi specifici.

Tra i rimedi medicamentosi quelli che meglio mi corrisposero furono i sali di chinina e i preparati arsenicali e ferruginosi somministrati tanto per via gastrica come per via ipodermica. Come revulsivo locale la cura idroterapica apparve sempre assai utile. Mi manca l'esperienza sufficiente per dare un giudizio definitivo sull' azione dei preparati iodici, ma dalle prove fatte mi sembra di averne sempre ritratti dei reali vantaggi.

Splenectomie

Se in molti casi io credetti opportuno indugiarmi in un trattamento medico lungo e paziente, ce ne furono però altri nei quali, pur ispirandomi alla maggior prudenza, non esitai a consigliare una cura chirurgica radicale.

Ricorsi alla splenectomia o quando era da temersi un possibile attorcigliamento del peduncolo o allorquando il tumore splenico dava disturbi locali così accentuati da rendere assolutamente intollerabile l'esistenza.

In tutti questi casi, finchè fu possibile, feci precedere l'operazione da una cura antimalarica intensa, al fine di correggere, almeno in parte, lo stato di cachessia che complicava in tutti i miei operati la splenomegalia.

Riassumo ora brevemente le storie chiniche dei miei operati sorvolando sui primi 3 casi già pubblicati.

(1) 1.° P. I. donna di 22 anni, di Grosseto, coniugata con 3 figli, da quattro anni in preda all' infezione malarica.

Cachessia abbastanza accentuata. Milza mobile, enorme, con tendenza alla torsione del peduncolo. L'esame del sangue all'ematometro di *Fleischl* dava 55°. Nel gennaio 1896 fu praticata la splenectomia. — Morte dopo 11 giorni per broncopolmonite doppia.

Peso della milza asportata Kgr. 3,400.

2.° G. U. donna di anni 37 di Scansano, la prima infezione malarica rimontava a 20 anni indietro. Tumore splenico quasi completamente fisso. Esame emoglobulimetrico con l'ematometro di *Fleischl* 60.°.

Splenectomia il 13 Aprile 1896. Incisione delle pareti addominali dalla apofisi ensiforme a due dita trasverse dal pube. Aderenze della milza al diaframma ed alla grossa tuberosità dello stomaco, impedivano di trar fuori dalla cavità addominale il viscere per la legatura del peduncolo. Operazione assai laboriosa.

Guarigione. Peso della milza Kr. 2.700.

3.° V. A. donna maritata di 25 anni contrasse la prima infezione malarica da bambina ed era sempre vissuta in luogo malarico. Il tumore splenico, mobilissimo, occupava i quadranti addominali inferiori.

L'esame emoglobulimetrico del sangue coll' ematometro di *Fleischl* dava 77°. Splenectomia il 17 dicembre 1897.

Incisione dalla cicatrice ombelicale al pube. Milza assai deformata da profonde solcature e da grossi noduli cicatriziali — aderenze valide col grande epiploon — attorcigliamento parziale del peduncolo.

Guarigione rapidissima. Peso della milza Kgr. 1.550.

---

(1) Le storie dei primi tre casi sono pubblicate estesamente nel Policlinico. Vol. IV. C. anno 1897.

4.° T. F. donna di anni 29, maritata, di Montalto; da molti anni andava soggetta alle febbri estivo-autunnali.

A 13 anni ebbe una leggera infezione tifica, di cui guarì completamente senza risentirne disturbi di sorta.

Essa superò felicemente tre gravidanze successive, che furon seguite da parto e puerperio normali.

Da un certo tempo era tornata in preda alle febbri malariche che si ripetevano a tipo indeterminato, senza cedere ai preparati di clinica, ma essa si lagnava principalmente di una profonda debolezza e di una continua sensazione dolorosa allo stomaco e all' ipocondrio sinistro, che la costringeva ad osservare il più assoluto riposo se non voleva andare incontro a qualche attacco di gastralgia violenta ed a coliche intestinali allarmanti.

Esisteva uno stato di cachessia discretamente inoltrato, l'addome era elevato per la presenza d' un tumore solido, fisso, di forma ovoidale, che occupava tutto il quadrante superiore sinistro e parte dell'inferiore. La linea xifo-pubica misurava 35 ctm., la circonferenza dell'addome al livello dell'ombelico era di 82 ctm. a metà della xifo-ombelicale 83 ctm. a metà della linea onfabo-pubica 78 centm. Il fegato era leggermente ingrandito e debordava per due dita trasverse dall'arco costale. L' inferma estenuata di forze e sofferente era quasi giornalmente febbricitante: l'apparecchio respiratorio appariva normale, i toni cardiaci erano deboli, fiacchi con soffio discrasico assai pronunciato. — L'ematometro di *Fleischl* segnava

La paziente stanca e sfiduciata delle cure mediche molte volte intra- e reclamava insistentemente un rimedio alle enormi sofferenze determinate dal tumore.

Fatta diagnosi di tumore splenico da malaria, complicato da cachessia, convinsi che le condizioni dell'inferma reclamavano assolutamente un intervento chirurgico.

Il 20 Marzo 1897 infatti procedetti alla splenectomia. Aperto l'addome una incisione mediana estesa dall'apofisi ensiforme fino alla metà della ombelico-pubica, cercai di attrarre, per quanto era possibile, la milza ferita addominale. Liberato dalle valide aderenze contratte col liga- gastro-splenico, e resecate altre piccole aderenze tra il polo supe- della milza e il diaframma sovrastante, legai frazionatamente il pe- lo e asportai il tumore. L'operazione durò circa un'ora e la maggior ltà fù incontrata nel liberare la milza dalle aderenze al legamento -splenico, che erano assai corte e resistenti. La milza asportata pe- gr. 3,200.

ıbito dopo l'operazione l' inferma apparve molto prostrata di forza, o si fece piccolo, quasi filiforme, nè furono sufficienti le solite inie- li sostanze eccitanti per rialzare le condizioni del circolo. Sulla sera, ıta da un'ambascia straordinaria, sopraggiunse una abbondante ema- Furon fatte iniezioni ipodermiche di ergotina, lavande gastriche, to inutilmente perchè l' ematemesi si ripeteva sempre con maggior za.

ppure le iniezioni abbondanti di siero artificiale valsero a sostenere del cuore che andarono rapidamente spegnendosi. La morte av- ore dopo l'operazione per collasso, in seguito a ripetute ed abbon- natemesi.

Alla necroscopia non si rinvenne che una profonda anemia di tutti i visceri, nessuna traccia di sangue nella cavità addominale; peduncolo e lacci in ottime condizioni. Lo stomaco conteneva del sangue, era profondamente congesto, ma non presentava alcuna lesione di continuo neanche nella mucosa, su cui esisteva soltanto un'abbondante suffusione sanguigna.

5.° F. G. uomo di 36 anni, vissuto sin dall' infanzia nella maremma Grossetana; si lagnava di una estrema debolezza, di una dolorosa sensazione di peso all' ipocondrio sinistro, che gli impediva di camminare, di star molto in piedi e di attendere a qualunque pur leggero lavoro. Il G. sebbene da molti mesi non fosse stato febbricitante, era in preda a uno stato avanzato di cachessia che si manifestava principalmente col colorito giallo terreo della cute, accompagnato da profondo emaciamento, con edemi limitati ai malleoli, con anoressia e stanchezza muscolare permanente.

Nell'esame del ventre si palpava un tumore che occupava tutto il quadrante superiore sinistro, e buona parte del quadrante inferiore, sorpassando in alto di qualche cetm. la linea mediana. La circonferenza dell'addome al livello della cicatrice ombelicale era 86 ctm., a metà della linea xifo-ombelicale era invece 89 ctm. — Il tumore di forma ovoidale, a superficie liscia, con un margine anteriore nettamente tagliente, non era suscettibile di spostamenti di sorta: solo al segmento inferiore era possibile qualche lieve oscillazione nel senso laterale. — La pressione e la manovre esercitate sul tumore riuscivano alquanto moleste se pure non provocavano vomito e gastralgie violente. Il fegato si conservava nei suoi limiti naturali. Gli organi toracici apparivano integri: i toni cardiaci deboli ma netti. L'esame emoglobinimetrico del sangue coll'ematometro di *Fleischl* dava 60°.

La diagnosi di splenomegalia malarica era evidente. Di fronte alle enormi sofferenze determinate dal tumore splenico, avendo ottenuta poca o nessuna efficacia dalle cure mediche anche protratte, mi credetti autorizzato a procedere alla splenectomia.

Il 28 Marzo 1897, dopo aver preparato convenientemente il paziente addivenni all'operazione, incominciando colla solita incisione addominale mediana dall'apofisi ensiforme a metà della linea onfalo-pubica. La presenza di molteplici e valide aderenze fra il polo superiore della milza e il diaframma, resero necessaria una seconda incisione delle pareti addominali perpendicolare alla prima, estesa dalla linea mediana sino al livello della linea ascellare anteriore sinistra, che mi permettesse di dominar meglio la cupola del diaframma. Il distacco e la resezione di queste aderenze fu oltremodo difficile e laborioso e per quanto procedessi colla maggior circospezione pure accadde uno spiacevole incidente. Si produsse una estesa lacerazione della polpa splenica da cui si ebbe una imponente emorragia che invase rapidamente tutto il campo operatorio.

Immediatamente afferrai il peduncolo e, dopo averlo bene stretto fra due robusti klamper, lo recisi. Sollevata allora la milza, mi fu facile piazzare sulla aderenze alcune pinzette emostatiche, ed asportare colla maggior sollecitudine il viscere, da cui versava sempre una inquietante quantità di sangue.

Deterso accuratamente l'addome dal sangue stravasato, completai l'emostasia e, dopo aver provveduto al conveniente trattamento del peduncolo

colla solita legatura frazionata dei vasi, chiusi con doppia sutura le pareti addominali.

Il decorso fu regolarissimo. — Al quarto giorno si ebbe una elevazione termica a 39°3, preceduta da brivido intenso: fu somministrata giornalmente per 7 giorni un grammo di chinina e la febbre non più ricomparve. — Al dodicesimo giorno furon remossi i punti di sutura, e così la guarigione chirurgica era completa. Allora fu iniziata una cura ricostituente piuttosto attiva al fine di combattere lo stato di cachessia. Dopo un mese di degenza l'operato volle lasciare lo spedale. Egli non sentiva più alcun dolore, aveva riacquistato anche l'appetito, e diceva di sentirsi in forze sufficienti per riprendere i suoi faticosi lavori campestri, sebbene persistesse ancora in realtà lo stato di cachessia.

Rividi il mio operato molte volte e lo trovai soddisfatissimo dell'esito della operazione: aveva riprese le sue occupazioni a cui poteva attendere senza provare più alcuna sofferenza, ma si stancava facilmente. Lo stato di anemia persistè per molto tempo dopo l'operazione ad onta delle cure ricostituenti prescritte. Nei ripetuti esami clinici, non ebbi mai a sorprendere nell' operato alcun fatto che stasse a rappresentare in altri organi una funzione vicariante per l'assenza della milza.

6.° S. N. di 34 anni di Montepascoli, coniugata, entrò nello Spedale li Grosseto nell'aprile del 1897. Essa, molti anni indietro, aveva contratta ına violenta infezione malarica che si manifestò con un corso assai proıngato di febbri elevate, a tipo indeterminato, ribelli all'azione dei vari reparati di chinina. Ne guarì dopo un periodo di due anni, riacquistando econdo che essa affermava, la pienezza delle sue forze e della sua salute. iegli anni successivi ebbe due gravidanze e due parti felici seguiti da ıerperio e da allattamento normali.

Nell'estate del 1895 contrasse una nuova, violentissima infezione ma.rica in seguito alla quale comparve un evidente ingrossamento della ilza e uno stato di cachessia piuttosto intenso. Le cure intraprese, forse n condotte e seguitate con quella diligenza che si impone in simili casi, n valsero ad arrestare l' infezione che prese un andamento cronico, bdolo, caratterizzato dalla frequente ricomparsa di accessi febbrili chè esso passavano inosservati o non erano poi convenientemente curati.

Al momento del suo ingresso nelio spedale la N. S. si trovava in este condizioni.

Sviluppo scheletrico regolare, colorito della pelle giallo terreo; muıe pallidissime; pannicolo adiposo deficiente; masse muscolari scarse e cide. Alla testa, faccia, collo, non si notava nulla di speciale.

Gli organi toracici apparivano normali tanto alla percussione che ascoltazione. L'addome era discretamente rilevato, specialmente nella metà superiore; la circonferenza addominale era: a metà della linea -ombelicale 84 ctm., in corrispondenza della cicatrice ombelicale 86 ctm. ıetà della linea ombelico-pubica 85 ctm,

Alla palpazione si apprezzava chiaramente la presenza di un tumore orma ovoidale, coll'asse maggiore diretto quasi parallelamente all'asse corpo, duro al tatto, con superficie uniformemente liscia, che occupava uadrante addominale superiore sinistro, metà del quadrante inferiore ispondente, sorpassando di tre dita trasverse la linea mediana del corpo.

Detto tumore aveva il margine anteriore tagliente, interrotto da qualche solcatura profonda, apprezzabilissima al tatto, e s'inoltrava profondamente nell'ipocondrio sinistro dove era assolutamente fisso ed immobile. Il solo segmento inferiore era suscettibile di qualche movimento di lateralità.

Il fegato sembrava appena appena ingrandito, debordando leggermente dall'arco costale.

Il tumore determinava nell'ammalata dei dolori forti e quasi continui nell'epigastrio, dispepsia, talvolta vomito ed una molestia continua a tutta la metà sinistra del torace per cui essa era costretta ad astenersi da qualunque più lieve faccenda domestica e passare anche molte ore del giorno coricata sul letto.

All'esame del sangue con l'ematometro di Fleischl si aveva 60°. La diagnosi di splenomegalia malarica complicata da cachessia non poteva essere nemmeno lontanamente discussa.

Prima di procedere alla cura chirurgica, tanto insistentemente richiesta dalla paziente, volli tentare una cura medica energica, almeno allo scopo di modificare la cachessia e di far cessare i piccoli e ripetuti accessi febbrili che tanto contribuivano ad abbassare le forze della malata.

Persistendo poi i dolori e i disturbi determinati dal tumore splenico dovetti mio malgrado il 15 Maggio 97 addivenire alla splenectomia.

Fatta la solita incisione mediana dall'apofisi ensiforme a metà della linea ombelico-pubica, cercai di attrarre la milza al livello della ferita addominale, ma ciò non fu possibile sino a che non ebbi resecate, fra due legature, alcune valide aderenze esistenti fra il polo superiore della milza e il diaframma. Legato allora frazionatamente il peduncolo, incominciando dall'arteria splenica, lo recisi e quindi mi fu più facile completare il distacco di altre aderenze situate sulla parte più alta della cupola del diaframma. L'operazione fu laboriosa ma non ebbe incidenti di sorta; la ferita addominale fu chiusa con un triplice strato di sutura. La milza asportata pesava Kg. 3,150, il suo diametro longitudinale era di 25 ctm. il trasversale di 20 ctm., il suo spessore di 15 centimetri.

Nelle prime 24 ore successive alla operazione, tranne il vomito da cloroformio, accampognato da un certo grado di depressione cardiaca, non si ebbe altro disturbo. Furono metodicamente somministrati chinino e canfora per via ipodermica, ma al terzo giorno, preceduta da un brivido intenso, comparve una febbre a 38° 8 accompagnata da forte dispnea.

Rimossa tosto la medicatura, nulla ritrovammo di anormale per parte dell'addome che non era affatto disteso, nè dolente alla pressione, ma all'esame del torace dovemmo constatare una broncopolmonite diffusa a tutto il lobo inferiore di sinistra e parte del superiore.

Furono immediatamente prescritti i soliti espettoranti, eccitanti, le revulsioni locali, senza tralasciare l'uso di sali di chinina per combattere l'elemento malarico: ma il processo pneumonico invase rapidamente anche tutto il lobo superiore di sinistra e una buona parte del lobo inferiore di destra.

Con questa grave complicazione le forze del cuore andarono rapidamente spegnendosi e l'ammalata morì 8 giorni dopo l'operazione. Alla necroscopia non si rinvenne alcuna alterazione nella cavità addominale; esisteva broncopolmonite con essudato muco-purulento estesa a tutto il polmone sinistro e al lobo inferiore del polmone destro. Il cuore, senza vizii

valvolari, aveva le pareti flaccide e sottili. Fegato alquanto ingrossato con incipiente degenerazione adiposa, reni piccoli con uno certo grado di atrofia della sostanza corticale.

7.º S. G. di anni 42 nata, a Vergato, dimorante a Magliano, coniugata, con figli, fu sana e robusta sino all'età di 36 anni, nella quale epoca contrasse le prime febbri malariche. Si curò opportunamente e dopo pochi mesi potè considerarsi completamente guarita. All'età di 38 anni fu colta da una nuova infezione malarica ma più intensa della precedente e più tenace ai comuni mezzi di cura. Fu malata, con lievi interruzioni, per un periodo di due anni, al termine dei quali i forti accessi febbrili caratteristici di questa infezione erano, è vero, scomparsi, ma era subentrato uno stato di cachessia piuttosto allarmante accompagnato da un enorme tumore splenico.

Questo stato d'infezione malarica cronica, mancando le forti ascensioni termiche, poco fu curato dalla nostra ammalata, sebbene la milza, pel suo stesso volume, producesse notevoli sofferenze. Solo quando i dolori all'epigastrio, che talvolta si cambiavano in vere gastralgie, si fecero più persistenti e tali da impedire alla paziente di accudire alle sue faccende domestiche, e le forze s'indebolivano maggiormente, essa si decise di recarsi allo spedale.

Allora, come ben si comprende, lo stato di cachessia con tutte le sue manifestazioni era abbastanza inoltrato, tanto che si avevano anche leggeri edemi malleolari. L'ematometro di Fleischl segnava 90°. L'addome, disteso e rilevato, era occupato in tutta la metà sinistra dal tumore splenico che scendeva al livello della spina iliaca anteriore superiore. La milza era leggermente mobile in senso laterale, nel suo segmento inferiore, ma fissa nella metà superiore. Il fegato non debordava dall'arco costale, i visceri toracici erano normali.

Fu intrapresa la cura medica con iniezioni ipodermiche di bicloruro di chinina e di arseniato di ferro, che dopo un certo tempo valse a correggere in parte lo stato di cachessia malarica senza indurre modificazioni nel tumore splenico. Continuando poi i dolori all'epigastrio, e quella molesta sensazione di stiramento e di pressione all'ipocondrio sinistro che impedivano alla paziente nonchè di attendere alle sue occupazioni domestiche, anche di camminare, scendere le scale, mi sentii autorizzato a procedere alla splenectomia.

Il 15 dicembre 1898, con una incisione che dall'apofisi ensiforme scendeva per due terzi sulla linea xifo-pubica, scoprii la milza. Tolte alcune aderenze della milza col ligamento gastro-splenico e cel diaframma, legai il peduncolo frazionatamente, e l'asportai. La milza asportata pesava Kg. 2,400. Il diametro longitudinale era 34 ctm. il trasverso 19 ctm. lo spessore 12 ctm., Il decorso post-operativo fu ottimo e la guarigione rapidissima.

In questo caso non si ebbe nessun accesso febbrile dopo l'esportazione del tumore splenico, ma l'operata prendeva peraltro, ogni giorno, una dose di bisolfato di chinina.

Trascorsi 20 giorni dall'operazione, essa che aveva riacquistato completamente l'appetito, non aveva più sofferenze di sorta, volle lasciare lo spedale, sebbene lo stato delle sue condizioni generali non si fosse per

nulla modificato. Rividi l'inferma varie volte, constatai la scomparsa assoluta dei disturbi locali, ma anche dopo due mesi persisteva un alto grado di cachessia e l'ematometro di FLEISCHL segnava appena 65°.

Raccomandai una cura ricostituente in seguito alla quale migliorò sensibilmente, come mi risulta da una lettera ultima dell'egregio Dott. GAGLIARDI, il quale, nel confermarmi questo miglioramento, alquanto tardivo, mi assicurava di non aver potuto riconoscere tanto nel corpo tiroide. come nelle tonsille, gangli linfatici, ossa di questa mia operata, alcuna modificazione che stasse a denotare in questi organi una qualche funzione vicariante.

8.° M. C. coniugata di 35 anni, del comune di Scansano per molte e molte volte era andata soggetta alla infezione malarica. Vidi per la prima volta l'inferma nel dicembre 1898. Ella ricorse a me per una violenta gastralgia, e mi narrò come da molto tempo fosse molestata da un dolore cupo e intenso, all'ipocondrio sinistro che le impediva di camminare e di attendere a qualunque occupazione, producendole spesso nausee, vomiti, ambascia di respiro fino a costringerla a coricarsi sul letto dopo ogni pasto anche leggero.

Da molti mesi, secondo mi raccontava, essa non avrebbe avuto più febbri malariche, ma il suo stato generale era assai debilitato ed esisteva una profonda anemia. L'addome era alquanto rilevato nella metà superiore per l'esistenza di un tumore di milza che occupava tutto il quadrante superiore sinistro, oltrepassando per 2 ctm. la linea xifo-ombelicale e per 4 cmt., la linea ombelicale trasversa. Lo stomaco non appariva disteso ma tutto l'epigastrio era dolente alla pressione la più superficiale. Il tumore splenico era quasi assolutamente immobile nel senso longitudinale; permetteva qualche leggera oscillazione in senso laterale. Qualunque movimento impresso alla milza si rifletteva sullo stomaco con un senso di dolore acutissimo, con conati di vomito, con un malessere generale tale da raggiungere talvolta il deliquio. Prescrissi allora la mistura BACCELLI, le iniezioni di arseniato di ferro per modificare lo stato generale, dieta liquida accompagnata dall'uso di qualche stomachico e la spugnatura fredda locale. Questa cura per quanto praticata diligentemente e protratta, non produsse alcun benefico effetto.

L'inferma entrò nello spedale di Grosseto ai primi di Marzo 1899 nelle condizioni precedentemente descritte: cioè in stato di cachessia malarica inoltrata, con tumore splenico fisso, dolente alla pressione, che determinava le più gravi sofferenze. Gli organi toracici resultavano strettamente normali. Il fegato era nei limiti fisiologici. L'ematometro di FLEISCHL segnava 55°.

Di fronte alle condizioni veramente deplorevoli della paziente, che non permettevano di lasciarla più a lungo sotto l'azione lenta e incerta di una cura medica, mi decisi d'intervenire colla splenectomia. Il 18 marzo 1899 praticai l'operazione che fu oltremodo laboriosa per le estese e valide aderenze che esistevano fra il segmento superiore della milza e la grande tuberosità dello stomaco.

Aperto l'addome, colla solita incisione mediana, trovai la milza fissata con alcune briglie fibrose alla parte più bassa della cupola del diaframma, delle quali briglie mi liberai e potei così attrarre il viscere al livello della ferita addominale.

Prima di procedere al distacco delle aderenze gastriche, per avere anche maggior libertà di movimenti, legai frazionatamente il peduncolo e lo recisi. La sierosa gastrica, come nel caso N°. 2 da me dettagliatamente descritto nella mia prima pubblicazione, in alcuni punti sembrava immedesimata direttamente colla capsula splenica, tanto erano larghe e corte le aderenze, per cui fu necessaria una delicata dissezione per non ledere le pareti dello stomaco, interessando piuttosto il parenchima splenico. Nonostante tutta la mia attenzione peraltro la sierosa gastrica rimase in alcuni tratti danneggiata tanto da dover ricorrere all' applicazione di alcuni punti di sutura siero-sierosa, che riuscirono efficacissimi anche per arrestare il molesto stillicidio sanguigno proveniente dal tessuto sottosieroso. La milza asportata pesava Kg. 2,600; il suo diametro longitudinale era di 22 ctm., il trasversale di 17 ctm., lo spessore di 12 ctm.

Il decorso post-operativo, fu fortemente disturbato da varii incidenti.

Due giorni dopo l'operazione si ebbe un'abbondante ematemesi che fortunatamente fu arrestata con l' uso del ghiaccio e degli oppiacei. Al quarto giorno, in piena apiressia, l' inferma accusò un forte dolore puntorio al torace a sinistra, a cui tenne dietro un certo grado di dispnea. All'esame obiettivo, oltre all'ottusità completa, si percepiva un soffio bronchiale caratteristico esteso a tutto il lobo inferiore sinistro. Nei giorni successivi insorse una tosse molesta accompagnata da escreato sanguigno.

Persisteva apiressia assoluta. All'ottavo giorno, sotto un violento accesso di tosse, insorse una vera e propria emottisi non abbondante ma persistente tanto da seguitare, con soste di poche ore, per tre giorni consecutivi senza cedere affatto ai comuni rimedi medicamentosi. In questo periodo il soffio bronchiale andò gradatamente dileguandosi, la tosse si fece meno insistente, e adagio adagio, dopo il ripetersi di altre leggere emottisi, ricomparve anche il mormorio vescicolare normale.

Allora incominciò per l'ammalata un periodo di quiete e di riparazione. Le condizioni generali erano rimaste profondamente scosse da tutte queste complicazioni che non erano direttamente dipendenti dall'atto operatorio; ma mercè una accurata assistenza, la paziente potè riprendere progressivamente le sue forze e lasciare l'ospedale 50 giorni dopo l'operazione.

La ferita addominale era completamente cicatrizzata al decimo giorno.

Le notizie fornitemi dall'egregio Dottor Carosi nell'ottobre decorso erano: « Condizioni generali discretamente buone, sebbene persista tuttora un leggero stato di cachessia, condizioni locali ottime, nessun disturbo, nessuna alterazione per parte dell'addome. L'ematometro di *Fleischl* segna 75°. Lo stomaco funziona regolarmente bene. Nessuna alterazione negli altri visceri degna di essere rilevata ».

9.° S. V. di 31 anno, coniugata, di Grosseto, ebbe a patire varie volte d' infezione malarica. Da molti anni erasi accorta di avere la milza straordinariamente ingrossata, ma poichè non ne risentiva gravi molestie essa, come del resto fanno tutti i cosidetti maremmani, non aveva mai pensato a curarla. Ma, quando in seguito ad una gravidanza condotta felicemente a termine, la milza, ch'era andata progressivamente aumentando di volume si fece ectopica ed incominciarono terribili sofferenze, allora la paziente ricorse al consiglio del medico. Da uno dei miei Colleghi le fu prescritta una ventriera elastica ed una cura interna a base di chinino e di arsenico per combattere l' infezione cronica palustre.

Questa cura, se apportò grande vantaggio nelle condizioni generali, non modificò per nulla il tumore splenico che diveniva ogni giorno più insopportabile, tanto da costringere in ultimo la paziente a starsene quasi sempre seduta o coricata sul letto.

Quando la S. V. fu accolta nello spedale di Grosseto esisteva uno stato di cachessia piuttosto accentuato. L'ematometro di *Fleischl* segnava 60°. L'addome era considerevolmente rilevato: la sua circonferenza a livello della cicatrice ombelicale era 90 cent. a metà della linea xifo-ombelicale 84 cmt. a metà della linea onfalo-pubica cmt. 98.

Colla palpazione si apprezzava l'esistenza di un tumore di forma ovoidale che, adagiandosi sul bacino, riempiva completamente i due quadranti addominali inferiori per invadere in parte anche il quadrante addominale superiore sinistro. Detto tumore era diviso per un buon tratto da una solcatura così profonda che ad un'esame superficiale si sarebbe potuto sospettare di trovarci di fronte a due tumori completamente distinti tra loro, ma questa causa di errore veniva ad essere eliminata cercando di sollevare il tumore dalla cavità del bacino, il che riesciva facilissimo, per muoverlo in diverse direzioni ed avere così un concetto esatto della sua forma e del suo volume. Il fegato era discretamente ingrossato e debordava dall'arco costale per 5 o 6 centimetri.

I visceri toracici erano normali. La diagnosi di milza malarica ectopica era evidente e, di fronte alle terribili sofferenze che determinava, di fronte ai pericoli di una possibile torsione del peduncolo non era più il caso d' indugiarsi in un trattamento medico.

Il 29 maggio 1899 eseguii la splenectomia. Fatta una incisione mediana piuttosto estesa, trovai la milza libera da qualunque aderenza; la estrassi, legai metodicamente il peduncolo e l'asportai rapidamente senza alcuna difficoltà. Il peso del viscere era di Kilog. 4.400. Il decorso post-operativo fu ottimo e la guarigione chirurgica rapidissima.

Rimase ancora per un certo tempo lo stato di cachessia ma in seguito ad un regime igienico razionale, coadiuvato dall' uso dei soliti medicamenti e da buona nutrizione, le forze ben presto ritornarono e la paziente dopo 4 mesi potè riprendere con nuova lena tutte le sue ordinarie occupazioni.

Informazioni recenti mi assicurano delle buone condizioni di salute della mia operata, la quale dal giorno dell' operazione non si sarebbe lagnata che di alcuni dolori osteopatici, localizzati specialmente alle tibie, che andarono spontaneamente dileguandosi dopo un periodo di circa 15 giorni.

Riepilogando, sopra nove operati si sono avute 6 guarigioni e tre casi di morte. La morte avvenne due volte per broncopolmonite ed una volta per ematemesi grave seguita da collasso entro 36 ore. Del resto nessuna complicazione settica dell'atto operatorio, nessuna emorragia secondaria del peduncolo un tempo tanto temuta.

La tecnica operativa fu costantemente quella descritta nella mia prima pubblicazione. Ho sempre praticata l'apertura delle pareti addominali lungo lo linea alba, a cui ho aggiunto, in alcuni casi, un'incisione trasversale, più o meno estesa, perpendicolare alla prima. Scoperto il tumore splenico, prima di procedere alla legatura del

peduncolo, ho sempre cercato di eliminare tutte o quasi tutte le aderenze tagliandole tra due legature: solo nel caso n. 5 fui costretto a deviare da questa regola e ricorrere rapidamente alla legatura del peduncolo, senza più preoccuparmi delle aderenze, allo scopo di arrestare un'imponente emorragia proveniente da un'estesa lacerazione della polpa splenica.

La legatura del peduncolo fu sempre frazionata, incominciando colla legatura isolata dell'arteria splenica, a mezzo dell' ago di Deschamps, senza l'aiuto di pinzette o di klamper, che il più delle volte ostacolano la giusta costrizione dei lacci. Tagliato il peduncolo, tutti i vasi recisi venivano ad uno ad uno afferrati con pinzette emostatiche e nuovamente legati per avere una maggiore garanzia sull' emostasi del peduncolo che poi veniva costantemente affondato.

Le complicazioni immediate della splenectomia, lasciando da parte le infezioni operatorie e l'emorragia del peduncolo, che oggi, mercè le migliorate condizioni della tecnica chirurgica, sono divenute assolutamente eccezionali, sembra siano, stando ai casi che si conoscono, il collasso e la polmonite.

Il collasso, come facilmente si comprende, può essere determinato, da un complesso di cause svariatissime. Esso sarà naturalmente tanto più facile quanto più è lunga e laboriosa l' operazione, quanto maggiore è la quantità di cloroformio assorbito quanto peggiori sono le condizioni generali e quanto minore quindi è la resistenza organica del paziente. A favorire questo collasso, oltre alle solite emorragie, possono insorgere dei fatti eccezionali, come quello che si è presentato a me nel caso n. 5, in cui per una grave alterazione nel circolo venoso dello stomaco si ebbe un'ematemesi imponente. Ho cercato di rendermi conto di questo raro fenomeno ma, non avendo riscontrato nello stomaco della mia operata che una profonda congestione, senza la più lieve lesione di continuo sulla mucosa gastrica, ho pensato che si potesse trattare di una stasi dipendente da una di quelle frequenti anomalie che si riscontrano nel circolo della vena-porta per cui la coronaria stomachica e la gastroepiploica, invece di sboccare direttamente nel grosso tronco della vena-porta, sboccassero nel tronco splenico. Con questa disposizione anatomica si spiega come la legatura del tronco splenico possa intercettare la circolazione non solo dei *vasa breviora* ma tutta la circolazione venosa, da cui stasi di massimo grado, diapedesi, emorragie capillari ed ematemesi consecutiva. Non saprei per altro stabilire se a questa grave emorragia abbia potuto in parte contribuire anche un certo grado di emofilia come si suole spesso incontrare in coloro che sono in preda a cachessia malarica, nei quali basta talvolta l'estrazione di un dente od un semplice sanguisugio per provocare emorragie assolutamente inquietanti.

La frequenza della polmonite maggiore nella splenectomia che nell'asportazione di altri tumori addominali io non saprei completa-

mente spiegarla nè colle lesioni del diaframma nè colle estese lesioni del plesso solare; sarei piuttosto indotto a pensare a qualche fatto embolico e questo lo desumo principalmente dal decorso della localizzazione manifestatasi nel caso n. 8 in cui si trattava indubbiamente di un infarto emorragico al lobo inferiore del polmone sinistro. Questa straordinaria frequenza della polmonite, come complicazione della splenectomia, su cui io insisteva nella comunicazione fatta al Congresso della Società italiana di chirurgia nell' Ottobre 1899, è stata recentemente confermata anche da JONNESCO che su 29 splenectomie ha osservato 7 casi di congestione polmonare.

Tra gli effetti immediati della splenectomia si verifica spesso il ritorno degli accessi febbrili, che cedono facilmente alla somministrazione di qualche preparato di chinina, e talvolta si osserva un certo grado di epatomegalia. Nelle adunanze della Società italiana di chirurgia del 1893 fu discusso sul significato e sul valore di questa epatomegalia, ma rimase incerto se dovesse considerarsi come compensativa o consecutiva a deposito di elementi malarici o se pure stesse a rappresentare un ritorno fisiologico ematopoietico embrionale in sostituzione della milza. Il modo col quale si presentò e la rapidità con cui scomparve la epatomegalia nel mio 2.° caso esclude qualunque idea di funzione ematopoietica vicariante. L' epatomegalia in questi casi non può essere che l' effetto del deposito degli elementi malarici e dei prodotti del disfacimento dei corpuscoli rossi del sangue.

Una sola volta nei miei operati di splenectomia ho veduto sopraggiungere dei dolori ossei fortissimi che si protrassero per circa 15 giorni. Questi dolori forse stavano essi a rappresentare una maggiore attività del midollo osseo per una funzione vicariante? Una risposta affermativa, senza l' esame istologico, sarebbe precipitata.

In seguito alla splenectomia si osserva quasi sempre un miglioramento dello stato generale del paziente, ma non è ben chiaro se questo grado di miglioramento possa stare in rapporto colla cessazione delle sofferenze prodotte dal tumore splenico o se sia devoluto alla sottrazione dei materiali tossici che, secondo le osservazioni di JONNESCO, verrebbero elaborati dalla milza ipertrofica.

Non si può certamente pensare che questo miglioramento immediato sia dipendente da un qualche miglioramento avvenuto nella costituzione morfologica del sangue perchè uno degli effetti immediati della splenectomia è appunto la diminuzione dei corpuscoli rossi del sangue e l' aumento dei corpuscoli bianchi, come ha dimostrato lo stesso JONNESCO colle sue osservazioni sull'uomo, e come io stesso ho potuto verificare.

In ogni modo è certo che in seguito alla splenectomia lo stato dei pazienti migliora ed io ritengo che gli effetti benefici immediati siano dovuti in parte alla sottrazione di una grande quantità di materiali tossici, che nel tumore splenico da malaria complicata da

cachessia non debbono mancare, ed in parte alla scomparsa delle sofferenze che ostacolavano il regolare andamento delle funzioni vegetative.

Per me sono esagerati coloro che sostengono di avere esservato nell' esportazione di milze malariche delle vere resurrezioni immediate.

Se il tumore splenico era complicato da cachessia, essa non scompare che lentamente e richiede talvolta l'aiuto di qualche compenso terapeutico. Io non potrei dire davvero che tutte le mie operate presentassero, anche in epoca lontana dall'operazione, il più florido stato di salute: non accusavano più sofferenze di sorta ma persisteva sempre un certo grado di anemia specialmente in quelle che, o per miseria o per trascuratezza, non avevano potuto continuare a lungo una cura ricostituente ed igienica.

Come si comportino gl' individui splenectomizzati di fronte ad altre malattie, specialmente infettive, io non saprei desumerlo dalle mie sole osservazioni, ma tenendo conto di alcuni casi che si conoscono sembrerebbe che la mancanza della milza non diminuisca troppo la resistenza organica individuale.

Gli studi sperimentali fatti in proposito sono così discordi che nel momento attuale non mi sembra possibile trarne un giudizio concreto.

Uno dei miei operati, 8 mesi dopo l' operazione, ebbe una violenta polmonite crupale estesa a tutto il polmone sinistro e ne guarì rapidamente. So anche che un altro dei miei ammalati, due anni dopo l' operazione, contrasse una nuova infezione malarica ed ebbe degli accessi febbrili intensissimi che furono tosto troncati colle iniezioni ipodermiche di bicloruro di chinina, ma mi è dispiaciuto di non aver potuto seguire l' infermo per vedere come si comportassero in questo caso i vari organi e specialmente il fegato, il che avrebbe avuto una eccezionale importanza per studiare i compensi fisiologici per l'ablazione della milza.

A proposito di questi compensi, ho seguito attentamente alcuni dei miei operati per un periodo di due anni ma, per quante indagini io abbia praticate non ho potuto rilevare in essi alcun fatto che stesse a denotare in altri organi una funzione vicariante per l' assenza della milza.

Dal complesso delle mie osservazioni relative al trattamento della milza malarica, mi sembra di poter emettere queste conclusioni che, se non avranno il merito della originalità, avranno il pregio di essere basate sopra un numero ragguardevole di casi clinici studiati metodicamente e seguiti per una lunga durata nelle loro varie manifestazioni.

Tenendo sempre presente alla mente che la splenomegalia ma-

larica non rappresenta che una manifestazione di una malattia organica generale, mi sembra che l'indirizzo terapeutico dovrebbe essere già tracciato e costantemente rivolto a combattere la malattia fondamentale.

Vi sono peraltro dei casi nei quali la splenomegalia assume di per sè l'importanza di una vera e propria entità morbosa, mentre gli altri sintomi o tacciono o fanno difetto; è in questi casi, a mio modo di vedere, che si deve discutere la opportunità di un'intervento chirurgico.

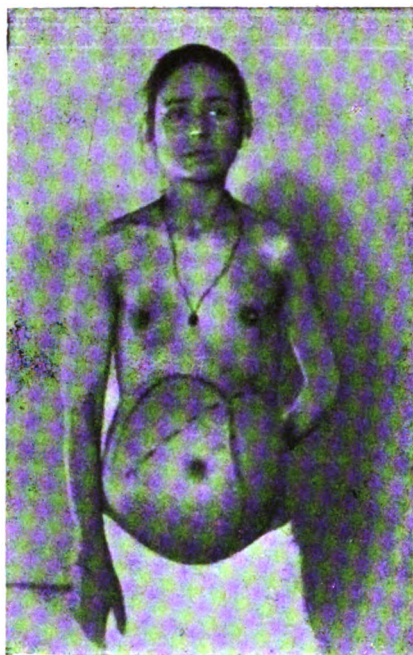
Dice Jonnesco che nella cachessia malarica complicata da milza ipertrofica il solo trattamento, quando gli altri medicamenti non hanno corrisposto, è la splenectomia. Il modo di esprimersi del distinto chirurgo forse non corrisponde esattamente al suo pensiero, perchè non sarebbe concepibile come per vincere la cachessia palustre fosse sufficiente sopprimere il tumore splenico che, lungi dall'esserne la causa, non è che una manifestazione della cachessia medesima. Forse egli si è sentito autorizzato ad emettere questo giudizio, per me troppo esclusivo, dal miglioramento che si osserva nel paziente a seguito della splenectomia, ma io ritengo invece che la operazione debba essere unicamente rivolta ad eliminare le complicazioni e le sofferenze prodotte dal tumore splenico lasciando alla medicina il compito di combattere lo stato di cachessia.

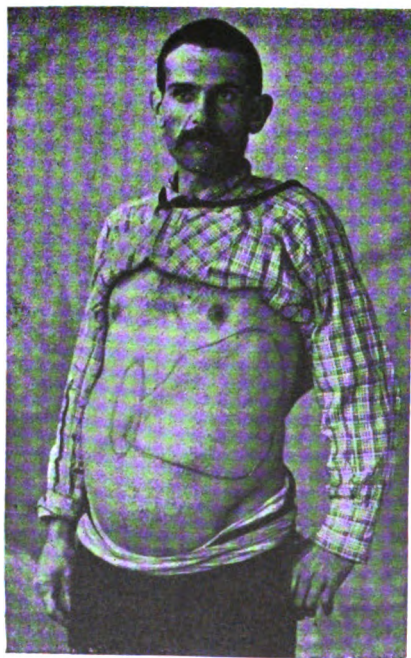
Noi abbiamo osservato d' altronde come la maggior parte dei casi di splenomegalia malarica sia suscettibile di guarire colle semplici cure mediche ed abbiamo veduto lentamente dileguarsi con questo mezzo degli enormi tumori di milza.

Certamente sono queste cure lunghe e pazienti, e che non sempre conducono ad un risultato completo, ma quando l'ipertrofia splenica non determini gravi sofferenze io non credo il chirurgo autorizzato ad intervenire con una operazione che, almeno nei casi di splenomegalia complicata da cachessia, offre sempre un' alta percentuale di mortalità.

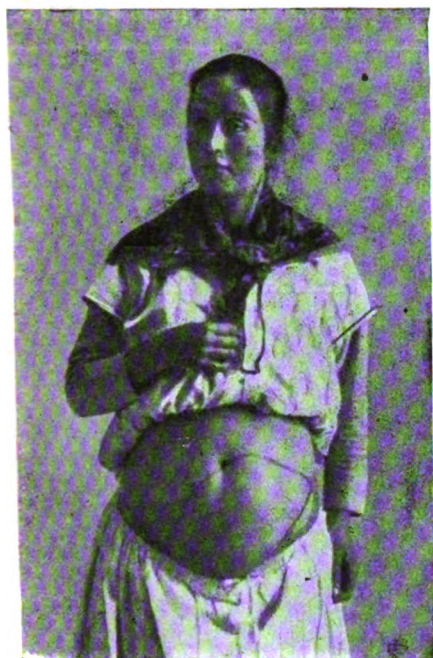
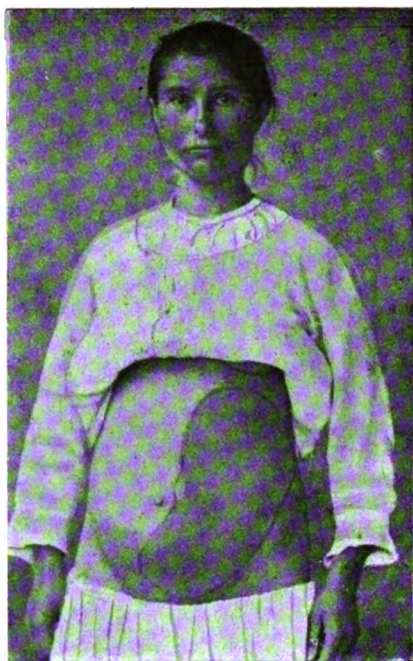
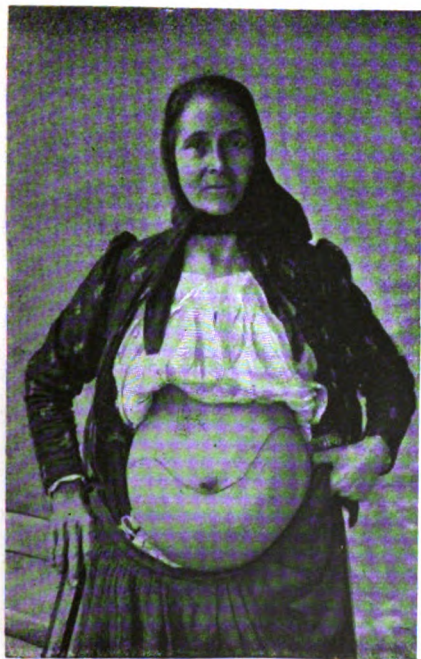
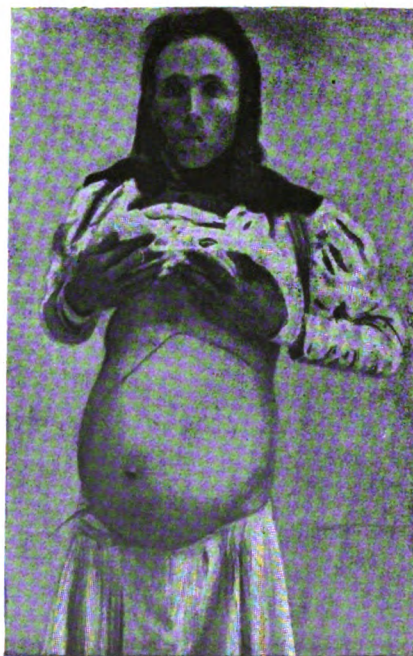
Le indicazioni per la splenectomia possono essere fornite dall'ectopia, da un possibile attorcigliamento del peduncolo e dalla neoformazione di alcune aderenze che compromettano la funzione di altri organi o comunque determinino gravi sofferenze. All'infuori di questi casi io non credo accettabile la cura chirurgica. Le aderenze troppo estese e la cachessia troppo inoltrata debbono essere considerate come controindicazioni per l'intervento operativo.

Non mi fermo a considerare le indicazioni per la splenopexi, perchè ritengo che questa operazione non possa mai sostituire, nei casi di splenomegalia malarica, la splenectomia.

Pistoia, 1 agosto 1900

Splenectomia N. 1.

Splenectomia N. 2.

Splenectomia N. 5.

Splenectomia N. 6.

eseguite dal Dottor A. NANNOTTI.

Splenectomia N. 3.

Splenectomia N. 4.

Splenectomia N. 9.

Enorme tumore splenico sottoposto a trattamento medico e seguito da guarigione secondo gruppo N. 1.

Istituto anatomo-patologico dell' Ospedale degl' Incurabili
diretto dal Prof. L. Armanni

CONTRIBUTO ALL'ETIOLOGIA E PATOGENESI

della

CISTITE

PEL

Dott. CARLO PARASCANDOLO

Prof. par. di Patologia speciale chirurgica di Propedeutica Chirurgica e Clinica Chirurgica nella R. Università di Napoli
Socio onor. della R. Accademia Medico-Chirurg. di Napoli

(Continuazione e fine V. N. 9)

La seconda via per cui si potrebbe supporre un'invasione microbica della vescica è la propagazione d' un'inflammazione da organi vicini, ad esempio perforazione di un ascesso nella vescica: un caso ne ha osservato MELCHIOR, e confermato dall'autopsia. Non è necessaria però sempre la perforazione diretta d'un ascesso nella vescica, può aversi cistite anche per penetrazione dei batterî attraverso le pareti vescicali da focolai vicini. Infatti sono stati da me studiati diversi casi per proctite, endometrite ed uretrite blenorragica, REYMOND (1) ne ha visto dei casi ed ha fatto degli esperimenti di controllo. Simili fatti di propagazione si possono ammettere in generale nelle così dette cistiti spontanee, che potrebbero anche dipendere nell'uomo da uretrite e prostatite come in alcuni casi ho osservato; nelle donne da blenorragia o flogosi dei genitali interni (endometriti, metriti, parametriti, piosalpingiti, ecc.). WREDEN (2), in seguito ad esperimenti, ha constatato che le lesioni dell' epitelio rettale in vicinanza o al disotto della prostata possono produrre cistiti per il passaggio dei microbi attraverso le pareti vescicali, così in un caso da me riferito si trattava di processo inflammatorio al retto per cui ne venne in seguito cistite.

Se germi possano emigrare attraverso le pareti vescicali per inflammazione di vicinanza è un fatto ancora discutibile, poichè per le relazioni anatomiche del sistema venoso vescicale con quello dell'utero

(1) REYMOND. Des cystites consécutives à une infection de la vessie à travers les parois. Annales des maladies des organes génito-urinaires 1893.

(2) WREDEN. Zur Aetiologie der Cystitis (Cent. fur Chir. 1893. Arch. des sciences biol. 1894.

e vagina, una stasi venosa delle vene genitali deve estrinsecarsi anche sul contenuto sanguigno delle pareti vescicali. In vero nelle suppurazioni del bacino con focolaio in prossimità della vescica i segni di congestione tumefazione desquamazione in punti circoscritti della vescica sono delle alterazioni che aumentano la suscettività della vescica all'attecchimento dei germi. Queste alterazioni sono state dimostrate da KOLISCHER (Ueber Immigration von Fadenschlingen in die Weibliche Blase Wiener Klin Rundschau 1897), mediante il circoscopio. In questi casi ZUCKERKANDL, più che ammettere un diretto passaggio dei microbi, pensa che i germi pervenuti nel sangue siano eliminati per i reni, e pervenuti coll'urina nella vescica, quivi trovando favorevoli condizioni per lo stato della mucosa, dispiegano la loro azione. MELCHIOR pensa che i batterî per una lesione intestinale penetrano nel sangue e quindi nei reni. Ne è necessario che i batteri intestinali per passare nel sangue trovino l'epitelio leso, anche ad epitelio integro ciò è possibile, Orth (Virchow s' Arch. Bd. 76, II) ha dimostrato il passaggio di bacilli tubercolari attraverso mucose sane senza produrre lesioni: lo stesso affermano anche GERLACH, KLEBS, KOLÖFF, CHAUVEAU, CORNIL, MELCHIOR (1), DOBROKLONSKI (2). RUFFER (3), ha visto batterî inclusi nelle cellule degli strati profondi intestinali, e si sa pure come particelle di carbone attraversano il tessuto linfatico, senza minima lesione dell'epitelio è possibile che passino gl'infinitamente piccoli. Anche il caso di cistite da bacilli tifici potrebbero rientrare in queste cause d'infezioni ematogene sulla base delle lievi alterazioni renali che si producono nel tifo (infiltrazioni parvicellulari linfomi di KONJAJEFF) si avrebbe il passaggio dei bacilli dal sangue nei reni e quindi nella vescica. TRUMPP (4), ha constatato il *coli bacillo* in casi di cistite infantile per enterite follicolare, e HUTINEL (5), conferma questo passaggio del *coli* dall'intestino affetto da enterite nella vescica donde le cistiti coli bacillifere infantili. Una simile osservazione è capitata a ZUCKERKANDL (6), ed il fatto è stato sperimentato da LEWIN e POSNER (7), sugli animali mediante ligatura intestinale.

La terza via d'infezione della vescica è la renale.

Questa è una quistione di grande interesse; i patologi di tutti

(1) MELCHIOR. Betragtninnger over Sniettevejene ved Tuberkulose (Bibliothek f Laeger 1890).

(2) DOBROKLONSKI. De la pénétration des bacilles tuberculeux à travers la muqueuse intestinale. (Arch. de méd. exp. 1890, n. 2).

(3) RUFFER. On the phagocytes of the alimentary canal. (Ref. dans Cent. f. Bakt. u. Koros 1890, Bd. VII, p. 647).

(4) TRUMPP. Ueber Colicystitis in Kindesalter. (Münchener med. Wochenschr 1896. Ueber Colicystitis ein Kindesalter Jahrb. f. Kinderheilk 1897).

(5) HUTINEL. (Revue de Méd. Expe. 1896).

(6) ZUCKERKANDL. Die localen Erkrankungen der Harnblase. (Speciale Pathologie und Therapie, p. 156, 1899).

(7) LEWIN UND POSNER. Untersuchung über die Infection der Harnwege. (Cent. f. cl. Hozer und Sexualrig, 1896).

i tempi si sono occupati di questo argomento. È già molto tempo che è noto che il rene può essere un focolaio batterico. Infatti fin dal 1868 HUTER e TOMMASI (1) vi rinvennero il così detto *micrococco della differite* in morti di difterite. Nello stesso anno Fischer (2) produsse una nefrite sperimentale emorragica settica con iniezioni di pus nella vena giugulare di cani e nell' uomo riscontrò una nefrite dell' istessa natura con emboli di micrococchi nei vasi renali producenti infarti o ascessi multipli. Anni dopo RECKLINGHAUSEN (3) e WALDEYER dimostrarono che gli ascessi micotici renali in gravi infezioni erano dovuti a micrococchi distinti nettamente dal detrito cellulare per la resistenza agli acidi, alcali e glicerina, e l'uniformità dei singoli grani.

Nel 1870 WALDEYER e KLEBS (4) ammisero il *microsporon septicus* essere agente degli ascessi renali metastatici da pioemia; l'anno successivo OERTEL (5) ammise la nefrite in seguito a difterite d'origine batterica, così opinavano anche LETZÉRICH (6) e LITTEN (7) EBERTH (8) GAUCHER (9) per accurate osservazioni microscopiche. L'impulso dato da WEIGERT (10) alla tecnica microscopica colla scoverta dell'affinità dei batterì ai colori d'anilina riuscì a far notare frequentemente embolie microbiche negli organi profondi, specie nei reni in varie infezioni. LITTEN (11) ha dato una descrizione minuta delle affezioni renali batteriche in molti stati settici e pioemici. BARTELS (12) contemporaneamente a WEIGERT sostenne che le infezioni erano dovute allo sviluppo di batteri, e le nefriti secondarie ad esse della stessa origine.

Da queste diverse ricerche si era stabilito, che i batteri determinavano affezioni renali a focolaio, ascessi o embolie. BOUCHARD (13) attribuì tutt'altra influenza ai batteri, cioè determinassero nel loro passaggio per i reni irritazione degli epitelii e nefrite diffusa, caratterizzata principalmente da alterazioni delle cellule epiteliali e dei glomeruli, e sostenne che le nefriti secondarie all' infezioni fossero d'origine infettiva e determinate dall' istesso agente causa dell'infe-

---

(1) HUTER et TOMMASI. (Centralblatt fur die med. Wissenschaften 1868, p. 62).

(2) FISCHER. Die septische Nephritis, Breslau 1868.

(3) BIRCH-HIRSCHFELDS. Med. Jahrbucher Bd. 155, Hfs 1.

(4) WALDEYER et KLEBS. Handbuch der path. Anatomie.

(5) OERTEL. (Deutsches Archiv. f. klin. medecin. Bd. VIII, p. 242 e Bd. XIV, p. 202).

(6) LETZÉRICH. Uber Nephritis diphteritica. (Virchow's Archiv 1872 Bd. 55, p 324).

(7) LITTEN. Einige Falle von mykotischer Nierenerkrankung (Zeitschr. f. klin. med. 1882, Bd. IV, 1 e 2).

(8) EBERTH Uber die diphteritische Endocarditis (Virchow's Archiv. Bd. 57, p. 235).

(9) GAUCHER. Pathogénie des nephrites, Paris 1885, p. 12.

(10) WEIGERT. Zur Technik der mikr. Bacterienuntersuchung. (Virchow's Archiv. Bd. 84, 1881).

(11) LITTEN. Uber septische Erkrankungen (Zeitschr. f. klin. medicin Bd II 1881, p. 451).

(12) BARTELS. Nierenkrankeiten, Berlin 1875.

(13) BOUCHARD. Des néphrites infectieuses. (Bulletin de la Société clinique de Paris 1880. Transactions du Congrès de Londres 1881, p. 346. Revue de Médicine p. 671).

zione; e nelle urine molti infermi con infezioni, specie la tifoide, albuminuria, si riscontrano batteri che si ritrovano più tardi nel sangue e nel tessuto renale.

Da 10 anni a questa parte numerosi esami di nefrite da infezioni sono stati fatti con reperti di batteri in esse. MELCHIOR dice: La scarlattina è quella che dà la maggior parte delle nefriti acute, mentre si considerava causa della nefrite un veleno solubile (FURBRINGER ed altri (1), nei reni si è trovato con grande frequenza uno *streptococco identico al pyogenes;* così dicono LOFFLER (2), CROOKE (3), FRANKEL (4) e TRENDEBERG GAUCHER (5), BABER (6). RASKIN (7) in 2 casi di nefrite scarlattinosa, di cui l'una complicata da polmonite lobare, l'altro da angina difterica. FAULHABER (8) ha trovato pneumococchi; ma in 3 casi di nefrite post scarlattina nelle urine. NEUMANM (9) non ha trovato mai batterì. Per la difterite le opinioni sono diverse di fronte alle affermazioni di HUTER, TOMMASI, OERTEL, LETZERICH, LITTEN, EBERTH, KLEBS e GAUCHER vi sono le osservazioni negative di WEIGERT, WAGNER, BROULT, BARTELS, BABBE, HELLER, BRAULT e FURBRINGER, che mai hanno riscontrato batteri, e FURBRINGER (10) crede che i batteri rinvenuti siano batterii putrefattivi, e le nefriti difteriche siano dipendenti dall' eliminazione di un veleno alcalino prodotto dai batteri. Questa teoria si accorda colle osservazioni di LOEFFLER (11), che mai ha osservato batterì negli organi interni, in pochissimi casi ha rinvenuto colonne di *streptococcus* nei vasi renali, ma mai il *bacillo difterico.* Così KUCK (12) dice aver rinvenuto *streptococchi* nei reni in casi speciali di albuminuria. Le esperienze sugli animali informano l' assenza di batteri negli agoni, così quelli di LOEFFLER come quelli di ROUX e YERSIN (13) per dimostrare il potere tossico del bacillo difterico, di più nell'iniezioni endovenose o sottocutanee nei conigli si è trovata una vera nefrite senza

(1) FURBRINGER. Die Krankeiten der Harn und Geschlechtsorgane 1884, p. 67.

(2) LOFFLER Mitth. a d. k. k. Gesundheitsarnt. Bd II, 1884, p. 721.

(3) CROOKE. Zur pathologischen Anat. des Scharlachs (Fortschr der medicin Bd III, 1885, n. 2).

(4) FRÖNKEL et FREUDEBERG. Ueber Secundarinfection bei Scharlach (Cent. f. klin. med. 1885, n. 45, p. 733).

(5) GAUCHER. Dipath. Albuminuria (Lancet 1881, p. 111).

(6) BABES. Uber pathogenie Bacterien des Kindesalters. (Ref. in C. der. Bak. 1885, Bd I, p. 505).

(7) RASKIN. Klinische-experimentelle Unters. über Secundarinfection bei Scharlach. (C. f. Bak. 1889).

(8) FRAULHABER. Uber das Vorkommen von Bakterien in den Nieren bei acuten Infektionskrankeiten. (Beitrage zur path. Anat. und zur allg. Pathologie Bd X, 1891, p. 84).

(9) NEUMANN. Ueber die diagnostische Bedentung der bact. Urinuntersuchung bei inneren Krankheiten (Berlin klin. Wochenschr, 1888, p. 143).

(10) FURBRINGER. Zur Klinik und Anat. der Dipht. Nephrites (Virchow 's Arch. 1883, Bd 91, p. 385).

(11) LOFFLER. Mitth. a. de. k. k. Gesundheitsarnt Bd II, p. 437 e 450.

(12) KUCK Zur Kenntniss der diphterischen Albuminurie für Klin. Metth. 1892, n 37.

(13) ROUX et YERSIN. Contribution à l'étude de la diphtérie.

bacilli (SPRONCK (1), WINTGENS e van den Brinck) (2) così è opinione generale, che la nefrite difterica sia d'origine tossica prodotta dal passaggio di un veleno solubile d'origine batterico attraverso i reni (OERTEL (3). Nell' eresipela si sono dimostrati parecchie volte streptococchi nei reni (JACKSCH (4) CORNIL (5) HILLAIRET e GAUCHER (6), GUARNIERI (7). Di poi DENUCE (8) ha studiato in particolare la nefrite da eresipela ed ha notato costantemente lo *streptococcus* di FELHEISEN nell'urina albuminosa e dopo la morte l'ha rinvenuto nel rene specie nei vasi, più di raro nei glomeruli e tubuli uriniferi. MELCHIOR ricorda un caso di nefrite emorragica in un'eresipela faciale con molti *streptococchi* nelle orine, e negl' individui con cistite da *streptococco* che fu in seguito colpito da eresipela; nelle urine degli infermi di eresipela da me raccolte, prima di essere filtrate per il filtro di CHAMBERLAND, eseguivo la ricerca batterioscopica e culturale ed in esse rinvenni sempre lo *streptococcus erysipelatis*. Secondo MELCHIOR la nefrite da eresipela si può considerare come una infezione ematogena da *streptococcus* del FEHLEISEN.

Nella polmonite fibrinosa la nefrite è pure d'origine pneumococcica. KLEBS (9) già dal 1875 rinvenne nel tessuto renale pneumocchi; più tardi la nefrite pneumococcica è stata studiata da SENGER (10), NAUWERCK (11), CAUSSADE (12), DRESCHFELD (13), BOZZOLO (14), WEICHSELBAUM (15), NETTER (16) e FAULHABER i cocchi si trovano specialmente nelle anse dei glomeruli e nelle piccole vene, poi nel tessuto interstiziale nelle infiltrazioni parvicellulari: nell' urina difficilmente si riscontrano perendo rapidamente nell'urina acida, è così che invano sono stati ricercati da NEUMANN (17), SEITZ e BERLIOZ. D'altronde nella nefrite da polmonite sono stati riscontrati talvolta *streptococchi* e

---

(1) SPRONCK. Le poison diphtérique considére principalement au point de vue de son action sur le rein. (Comptes rendus de l'Acad des Sc. 1889, 12 Août).

(2) NEDERL. Tijdschrift v. Genceskunde 1889 Decl II, n. 22-23 Ref. (Baumgarten Jahresbericht 1889).

(3) OERTEL. Uber das dipht Gift. und seine Wirkungsweise. Deutsche med. Wochenschr. 1890, n. 45.

(4) JACKSCH (Cent. f. klin. médicin 1886 1886 III, p. 193).

(5) CORNIL. (Journal des connaissances médicales, 21 mai 1885).

(6) HILLAIRET et GAUCHER. Traité des maladies de la peau, T. I, p. 316 e 323.

(7) GUARNIERI. (Boll. dell'Accad. med. di Roma, n. 6, 1886).

(8) DENUCE. Etude sur la pathogénie et l'anatomie pathologique de l'érysipéle. (Thèse de Bordeaux 1885).

(9) KLEBS. (Archiv. f. exp Path. u. Pharmacologie, Bd IV, 1875).

(10) SENGER. (Archiv. f. exp. path. u. Pharmacologie, Bd XX, p. 389).

(11) NAUWERCK. (Uber Morbus Brighti bei crouposer Pneumonie. (Beitr. zur path. Anat. Bd I, 1884).

(12) CAUSSADE. (De la néphrite pneumonique. Thèse de Paris 1890).

(13) DRESCHFELD. Fortschritte der Medicin 1885.

(14) BOZZOLO. (Cent. f. klin. med. 1885).

(15) WEICHSELBAUM. (Wiener Klin. Wochenschr. 1888-1890).

(16) NETTER. (Revue d'hygiéne 1889. Société médicale des hôpitaux 1889 91).

(17) NEUMANN. Uber die diagnostische Bedeuteng der batk. Urinunter sushung, etc. (Berlin. Klin. Woch. 1888).

stafilococchi quindi doveva essere considerata come infezione mista. MELCHIOR in 7 casi di polmonite ha rinvenuto una volta lo *pneumococco* di FRAENKEL, una quello di FRIEDLANDER, una volta lo *streptococcus* che scomparve dall' urina col cessare dell'albuminuria, negli altri casi nessun batterio. Nel caso da me studiato nell' urina d'una donna polmonitica ho rinvenuto *streptococchi piogeni*. È interessante infine l'osservazione di MIRCOLI (1), e quella di RASCH (2), di WEICHSELBAUM (3), di nefriti pneumococciche senza polmonite e uno di MELCHIOR di nefrite emorragica acuta senza causa nota, salvo un'angina che forse avrà rappresentato la porta di entrata dello pneumococco.

I microbi suppurativi sono stati trovati in molte urine di varie infezioni, così lo *staphylococcus pyogeneraureus* nell'osteomielite e endocardite ulcerosa (NEUMANN e KRASKE (4)), lo *streptococcus pyogenes* in 2 casi di flemmone. (WEICHSELBAUM (5)), e in molti altri stati setticemici. DOYEN (6). ha rinvenuto negli organi interni e nell'urina microbi identici ai *pyogenes* di ROSEUBACH; infine MELCHIOR ha riscontrato in un caso di nefrite pioemica lo *staphylococcus pyogenes aures* in stato puro nell'urina. La nefrite colerica pura non in rapporto col bacillo del colera, il quale del resto non si è rinvenuto neanche in altri organi interni (KOCH) (7). È cosa certa come nelle nefriti tubercolari sia stato rinvenuto il bacillo specifico e MELCHIOR ne riferisce alcuni esempi. Scoverte analoghe sono state fatte nelle più varie infezioni (variole WEIGERT) (roseola BOUCHARD, LEBEL) (tifo ricorrente *spirilli* trovati una volta da KANNENBERG (8), (febbre gialla BABES (9), trovò catene di *diplococchi*) (morva PHILIPPWICZ bacilli della morva) oltre altri numerosi esempi che si potrebbero riferire, per cui si spiega la frequenza con cui nelle urine esistono microbi patogeni. Ora se nelle nefriti secondarie da infezione la natura batterica è dimostrata, anche recentemente si è dimostrato lo stesso per il morbo acuto di BRIGHT che ha talora carattere epidemico; batteri in vero vi sono stati rinvenuti da LITTEN, LETZERICH, MANNABERG, LUSTGARTEN e MANNABERG. Le esperienze sugli animali hanno contribuito fortemente alla etiologia; è fatto notevole che la nefrite acuta batterica può passare allo stadio cronico interstiziale (osservazione di CHARRIN (10), sul piocianico, analogamente al fatto provato nell'uomo,

---

(1) MIRCOLI. Primare mykotische Nierentzundung der Kinder (Cent. f. d. med. Wissenech. 1887. Beitr. z. path. Anat. Bd 4).

(2) RASCH. On ct Tilfaelde of mikrobiel (Pneumokok) Nephrités, etc (Hosp. Tid 1892, n. 21).

(3) WEICHSELBAUM. (Monatsschr. f. Orrenheikunde 1888).

(4) KRASKE. (Archiv. f. klin. Chirurgie 1887).

(5) WEICHSELBAUM. (Wiener méd. Blatter 1885, n. 22 e 23).

(6) DOYEN. (Bull. de l'Académie de médecine 1886).

(7) KOCH. (Conferenz zur Erorterung der Cholerafrage.

(8) KANNENBERG. (Ztschr. f. klin. med. Bd I, 1880).

(9) CORNIL e BABES. Les batteries, p. 445.

(10) CHARRIN. La maladie pyocyanique, Paris 1889. Baumgartens Jaresber. 1889.

che una nefrite interstiziale possa svilupparsi in seguito a nefrite infettiva acuta. ALBARRAN ammette che l' azione di batteri o delle loro tossine non sia sempre necrotica o di disfacimento purulento, ma anche organizzatrice, cioè produttrice di proliferazione cellulare con esito in sclerosi. MELCHIOR egualmente ha fatta la stessa osservazione con iniezioni di *pneumococco* nella vena auricolare d'un coniglio e produsse una nefrite acuta: a capo di 15 giorni scomparvero i batteri dell' urina perdurando l'albumina, e a capo di 6 settimane seguì la morte dell'animale e riscontrò una nefrite interstiziale senza aver potuto rilevare lo *pneumococco* nel tessuto renale, quindi nefrite cronica senza batterii, esito di nefrite batterica acuta. Quindi gran parte delle nefriti (diffuse o circoscritte, acute o croniche), è di origine batterica e i batterî si riscontrano nelle urine, ma talora vi mancano anche in nefrite grave, come viceversa si trovano senza che clinicamente si riconosca una nefrite (caso di LEITZ e NEUMANN; per lo più l' eliminazione di batteri per l'urina è segno d' affezione renale non potendosi più sostenere come altre volte un'eliminazione fisiologica di batterii per il rene nelle infezioni.

ROVSING ha ammesso che tutti i microbi capaci di determinare una nefrite decomporrebbero l'urina, ed a questi microbi decomponenti l'urina si devono le nefriti, la scomposizione dell'urina e lo sprigionamento dell'ammoniaca sarebbero per i reni e per la vescica la causa determinante: questa ipotesi non s'accorda alla realtà dei fatti. La maggior parte dei microbi, causa di nefriti, non posseggono la proprietà di decomporre l'urina, così lo *streptococcus*, lo *pneumococcus*, il *bacterium coli* e lo *staphylococcus* che è dei meno frequenti. MELCHIOR ha cercato anche di risolvere la questione coll' esame delle urine, ed esaminando l'urina di 35 casi di nefrite l'ha trovata una volta neutra, 2 volte alcalina (per cure interne alcaline) negli altri casi acida, giammai ammoniacale anche nell' uremia più classica, e ciò è in accordo anche coll'osservazione di tutti i clinici, che l'urina nelle nefriti è di reazione acida, e anche nel caso in cui è presente lo *staphylococcus* la reazione si conserva acida (osservazione di MELCHIOR e NEUMANN) quindi l' opinione di ROVENIG non è esatta.

Resta un'altra questione molto importante. Il rene malato lascia passare i batteri, o anche un rene del tutto sano permette questo passaggio? Gli antichi patologi pensavano che solo le sostanze disciolte potessero attraversare i reni. COHNHEIM (1) parla già della proprietà dell' organismo di eliminare per i reni non solo i veleni solubili ma anche gli elementi organizzati. THOMAS (2) pensa che nelle infezioni i batterî si eliminano per il rene. Questa teoria fu seguita da una

(1) COHNHEIM. Vorlesungen uber allgemeine Pathologie 1880, Bd. II, p. 297.
(2) NEUBAUER UND VOGEL. (Anayse des Harns 3 Aust, p. 485).

serie di esperienze. HOFFMANN e LANSERHAUS (1) per proprie esperienze negano l'eliminazione batterica per il rene normale o qualsiasi elemento corpuscolare (iniezione endovenosa di polviscolo di cinabro mai comparve nelle urine) RUTIMEYER (2) fece delle osservazioni simili sui cani mentre nelle rane spesso riscontrò granelli di cinabro nelle urine. D' altra parte le esperienze di WIENER (3), MAAS (4), SCRIBA (5) dimostrarono il passaggio per i reni del grasso liquido introdotto nelle vene o nel sangue, del pari RUTIMEYER trovò gocciole di grasso nelle urine per iniezioni endovenose nei cani. GRAWITZ (6) in seguito ad iniezioni di muffe nel sangue venoso di cani e conigli riscontrò le spore nelle urine (all' esame microscopico non è difficile una confusione con cristalli sferoidali). CAPITAN (7) che iniettò fermenti nel sangue degli animali, dice che quelli compaiono nelle urine colle manifestazioni di albumine e cilindri granulosi cioè con una nefrite acuta. Esperienze di CORNIL e BRAULT (8) parlerebbero per un passaggio per il rene normale, in seguito ad iniezioni sottocutanee d'infuso di jequiriti nelle rane, il sangue presentò poco dopo i bacilli caratteristici e appresso questi comparvero nell'urina senza determinare col loro passaggio alterazioni del parenchima. PHILIPPOWICZ (9) e FINKLER (10) e PRIOR riferiscono egualmente aver rinvenuto in molte infezioni i batterii specifici senza essersi stabilita alcuna alterazione renale COHNHEIM (11), TRAMBUSTI e MAFFUCCI (12) han costatato sperimentalmente il passaggio dei batterii del carbonchio per il rene, normale; mentre per le esperienze di KOCH (13), STRAUS e CHAMBERLAND (14), BOCCARDI (15) si trovarono batterii nelle urine solo nel caso in cui questa è sanguinolenta e vi sono lesioni glomerulari e delle pareti vascolari; vi è quindi un completo disaccordo. WYSSOKOWITSCH (16), ha

---

(1) HOFFMANN und LANGERHANS Uber den Verbleib des in die Circulation eingeführten Zinnobers (Virchow's Archiv 1869, Bd, 48, p. 303).

(2) RUTIMEYER. (Arch. f. exp. Path. u. Pharmacologie, Bd XIV 1881, p. 420).

(3) WIENER. (Archiv f. exp. Path. u Pharmacologie, Bd. XI, p. 275).

(4) MAAS. (Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie Bd. XII, p. 118).

(5) SCRIBA. Rif. da COHNHEIM loco citato.

(6) GRAWITZ. Beitrage zur systematischen Botanik der pflanzl. Parasiten (Wirch. Arch. 1877, Bd. 70)

(7) CAPITAN. (Thèse de Paris 1883, p. 33).

(8) CORNIL e BRAULT. (Étude sur la pathologie du rein Paris 1884).

(9) PHILIPPOWICZ. (Wiener med. Blatter 1885. urk. 22-23).

(10) FINCKLER UND PRIOR. (Cent. f. allg. Gesundheitspflege, Bd. I, 5 e 6).

(11) COHNHEIM. Allg. Pathologie 1880, Bd. VI, p. 297.

(12) TRAMBUSTI e MAFFUCCI. Sull'eliminazione dei virus dall'organismo animale. (Riv. Internazionale di med. e Chir. 1886. Baumgartens Jahresber 1886, p. 382).

(13) KOCH. Untersuchungen uber die Aetiologie der Wundinfectionskrankheiten Liepzig 1878.

(14) STRAUS et CHAMBERLAND. (Archives de Physiologie 1883).

(15) BOCCARDI. (Riforma medica 1888, n. 131 e 132. Baumgartens Jahresber icht 1888 pagina 104).

(16) WYSSOKOWITSCH. Uber das Schicksaal der in's Blut injicirten Mikroorganismes. (Z. f. Hyg., 1886).

dato un importante contributo alla soluzione della quistione, egli da una lunga serie di esperienze trasse le conclusioni che un' eliminazione dei batterî per le urine è sempre legata ad alterazioni morbose degli organi urinarî, e dipende da queste alterazioni. Il tessuto del rene normale sarebbe impenetrabile ai batterî. BERLIOZ pervenne ad un risultato simile coll' iniezione di diversi batterî nel circolo, ma è riservato nelle conclusioni. All'osservazioni di WYSSOKOWITSH si contrapposero quelle di SCHWEIZER (1), che all'iniezione di un bacillo fluorescente, isolato dal pus di ozena, potè dimostrarlo nell'urina a capo di 4 ore senza trovar lesioni renali negli animali d' innesto; egualmente coll'iniezione di grani di colore, dimostrò questi nell'urina dopo $^1/_2$ ora. In ogni caso vi debbono essere minime lesioni delle pareti dei capillari, ed anche SCHWEIZER ammette che la maggiore parte dei batterî non passi senza lesione dell'epitelio glomerulare in un tempo più breve di quello supposto da WYSSOKOWITSCH per emorragia o infarto renale, la differenza sarebbe di rado tra WYSSOKOWITSCH e SCHWEIZER bastando per questo ultimo alterazioni minime. OSTH (2), ha criticato egualmente WYSSOKOWITSCH e da osservazioni anatomopatologiche mentre ammette che il rene non possa considerarsi come un emuntorio fisiologico per i batteri del sangue e gli elementi corpuscolari in vere affezioni renali ematogene: pioemia, endocarditi, erisipela, riscontrò cilindri batteri nelle urine, senza constatare nei tagli affezioni a focolai del rene.

Sembra quindi stabilito dal già detto: 1.° *Che i batteri possono essere causa di nefrite acuta* (secondaria e primitiva) *e di croniche,* 2.° *Che batterî del sangue possono essere eliminati per i reni quando esiste un' affezione renale, che intanto non può constatarsi microscopicamente bastando lesioni minime delle pareti vascolari.* 3.° *Che microbi patogeni non esistono sempre o anche frequentemente nell'urina quando anche esista nefrite infettiva.* 4.° *Che nelle infezioni non si ha per i reni sani eliminazione fisiologica di batteri.* 5.° *Che é possibile un passaggio di batterî per il rene sano, ma se diviene notevole questo passaggio si deve pensare all'esistenza di nefrite.*

Abbiamo esaminato per quale via i microbi pervengono nella vescica ed i sperimentatori, che mi hanno preceduto hanno con osservazioni cliniche ed esperimenti sugli animali dimostrato, che finchè esistono batterî in vescica la cistite non può guarire, ma essa non può esistere senza batterî, come non esiste suppurazione senza batterî. Ma il microbo solo non basta a determinare cistite, si possono iniettare quantità enormi di batterî in vescica senza aversi cistite. Però vi sono delle eccezioni a questa regola generale. Clinicamente nella cistite gonorroica si vede che la semplice presenza di germi basta a

(1) SCHWEIZER. (Virchow 's Archiv. Bd 110, 18k7, p. 255).
(2) ORTH. Uber die Ausscheidung abnomer Korperlicher Bestandlheile des Blutes durch die Nieren. (D. med. Wochenschr. 1892, n. 44, Ctbl f. med. 1862, n. 29).

determinare inflammazione e suppurazione SCHNITZLER (1), ed ora io ho dimostrato che si può inficiare la vescica mediante sola inoculazione di protei. (ESP. 1.°).

La vescica normale difficilmente soggiace ad infezioni, quantunque l'urina in essa contenuta alcune volte sia piena di germi (*micrococcus ureae*, *bacterium ureae,* i quali producono una diastasi, che è l'agente diretto della trasformazione dell'urea (MUSCULUS) (2) e delle altre diastasi dotati dallo stesso potere come dimostrarono sperimentalmente CAZENEUVE e LIVON (riportate da MORAT et DOYON (3).

Però innanzi tutto merita ricordo la grande resistenza dell'epitelio vescicale che anche in contatto di urina ammoniacale, ad esempio nella calcolosi e nelle pieliti, conserva per anni la sua struttura normale. GUYON ricorda il fatto dell' urina diabetica che si facilmente determina suppurazioni cutanee, giammai produce cistite.

Secondo le esperienze di LEHMANN e RICHTER (4), l'urina normale sarebbe battericida, quindi ci è bisogno di altre condizioni che preparino il terreno all'attecchimento batterico, ed abbiamo visto essere due queste condizioni che lo favoriscono: la ritenzione di urina, e le alterazioni della vescica (iperemia, traumi, disturbi nutritivi), per la distruzione dell'epitelio il materiale nutritivo (permette ai microbi di fermarsi e pullularvi sufficientemente).

ROVSING ha ammesso che la decomposizione ammoniacale dell'urina è il fatto principale ed indispensabile per la comparsá della cistite; vi siano o no piogeni, il primo fatto è sempre la decomposizione dell'urina, e ad una seguirebbe l'azione purulenta speciale; laddove i piogeni solamente non avrebbero alcuna influenza dannosa malgrado la ritenzione.

Ora molti microbi determinano cistiti senza essere dotati dell'azione di decomporre l'urina e nondimeno essi dànno cistite suppurativa, quindi secondo MELCHIOR la scomposizione dell' urea non può essere la causa reale; e se in molti casi l' ammoniemia appare, il fatto primitivo non è cosi. MELCHIOR ricorda il fatto che microbi decomponenti l'urea possono determinare cistite acida, finchè in ultimo per ritenzione divenne alcalina; altre volte l'urina resta acida per tutto il corso della malattia, tuttochè il *coli bacillo* fosse presente ed avesse debole potere decomponente e KROGIUS afferma che in 16 casi di cistite date dal *bacterium coli* ha trovato urina acida, quando i batteri erano debolmente ammoniogeni.

---

(1) SCHNITZLER. Zur Aetiologie der Cystitis. (Cent. f. Bakte. und Paras. 1890. Zur Aetiologie der Cystitis. Wien 1892).

(2) MUSCULUS. Quelques procédés simples pour l'analyse des urines (Gaz. méd. Strasburg N. 6, 1880).

(3) ALBORAT et DOYON. Traité de Physiologie V. 4, p. 481, 1900.

(4) LEHMANN et RICHTER. Uber die pilztodtende Wirkung des frischen Harnes des gesunden Munschen. (Cent. f. Bakteriologie 1890, Hd III, p. 457).

Anche in una cistite prodotta da microbi decomponenti l'urea, l'urina può restare acida durante tutta la malattia o per un certo tempo, sicchè anche avvenga ammoniuria bisognano certe condizioni; finchè l'urina scola liberamente il continuo eliminarsi dei batteri non provoca decomposizione dell'urina, ovvero ci vuol molto tempo prima che i batteri prendano il predominio e determinino tale scomposizione, laddove la ritenzione subito determina lo sviluppo dell'ammoniuria, così succede nelle cistiti a urina acida, che diviene ammoniacale appena si determina ritenzione. Altre volte l'ammoniuria può venire per infezione secondaria da microbi fortemente decomponenti l'urea penetrati in vescica o con il catetere; quindi l'ammoniuria è fenomeno poco importante che può sopraggiungere nel corso d'una cistite o mancare, e non è raro che cistiti gravissime con infezioni urinose presentino urina acida fino alla morte, ma non si esclude che in altri casi è il fatto primitivo e abbia la sua importanza.

Anche ALBARRAN e HALLÈ insistettero sull'importanza secondaria dell'ammoniuria, e che urine infettate purulente son più spesso acide, e i batteri più frequenti e attivi dell'infezione urinaria son dotati di debole potere fermentativo, per cui abbia tempo di prodursi in vescica la trasformazione ammonicale, e l'ammoniuria è quindi un fatto secondario dipendente sia da specie infettive dotate di alto potere fermentativo, sia da circostanze favorevoli la ritenzione prolungata; i microbi piogeni attaccano la mucosa vescicale e la fanno suppurare senza intermedio della presentazione ammoniacale, senza l'azione irritante del carbonato d'ammonio.

L'urina nella cistite non contiene sempre pus. ROVSING stabilì appunto una forma di cistite catarrale con urina ammoniacale fetida con deposito di fosfato triplo, urati d'ammonio, epitelio e microbi. MELCHIOR non ha osservato mai questa forma. TRAUBE (1) è della stessa opinione. COHNHEIM (2) dice che l'urina contiene sempre pus in casi di cistite acuta e cronica. FURBRINGER e GUYON (3) pensano allo stesso modo. MÜGGE (4) e SAXTORPH (5) non hanno visto mai questa forma di cistite, così pure DEMY e MERELLI. SMNITZLER inoculando una debole soluzione di carbonato nella vescica di conigli, riscontrò una piccola quantità di globuli di pus nell'urina; l'urina ammoniacale non è mai esente di elementi figurati cellule epiteliali e leucociti.

Infine di contro all'affermazione di ROVSING che solo il *bacillo*

(1) TRAUBE. Gesammelte Abhandlungen III, p. 11.
(2) COHNHEIM. (Vorlesungen über allg. Pathologie 1880, p. 390).
(3) GUYON. Affections chirurg. de la vessie. Paris 1888, p. 611.
(4) MÜGGE. Om. den saakaldte alkaliske Uringuering og dens Forhold til Blaere-betaendelse. Kbhvn, 1889.
(5) SAXTORPH. Nogle Bemaerkninger om Cystitis Aetiologie og Pathogenose (Hospitals Tdende 1889 Nr. 45, 46, 47).

tubercolare non avesse potere di decomporre l'urina, e quindi la cistite tubercolare fosse sola con urina acida, e quindi questo potesse essere il solo criterio diagnostico esatto non è, perchè MELCHIOR ed anche dalle mie osservazioni cliniche si rileva che cistiti purulenti acide sono frequentissime e possono essere dovute a molti batteri; in prima linea al *bacterium coli commune*, allo *streptococco piogeno*, al *bacillo tifico* e al *gonococco*, quindi da sola l' urina acida non è indizio di tubercolosi.

All'ora presente non basta assolutamente dire che i microbi producono da soli la malattia, ma sono anche le sostanze che essi fabbricano. Questo è quanto ho potuto dimostrare per la cistite con i miei esperimenti.

Sappiamo dalla patologia generale, che le tossine batteriche attenuano la vitalità dei tessuti, diminuiscono i mezzi di difesa, ostacolano la fagocitosi, e qualche volta anche lo stato battèricida (BOUCHARD, DUCLÈRT (1)). Numerosi sono i lavori che dimostrano le mutazioni indotte delle tossine sulle cellule dell'organismo. ARLOING dimostrò dei principii capaci di provocare edemi, che favoriscono la diapedesi, attirano o respingono gli organi mobili o mobilizzati, determinano la morte di alcuni, producendo così formazione di pus; fanno degenerare gli epitelii, cagionano lesioni suppurative, essudative, ulcerose, gangrenose (MENEREUIL) (2). Se sono presenti anche i batterì, questi fenomeni diventano più accentuati.

Questi fatti sono stati provati su diversi organi: CHARRIN (3), ha dimostrata l'azione sul rene di questi virus ed ha notato: infiammazione acuta o crònica, alterazioni interstiziali o parenchimatosi, degenerazione grassa od amiloidea, ipertrofia od atrofia con arteriosclerosi, trombosi, infarti, ecc., lesioni che dipendono dalla qualità e quantità di prodotti microbici introdotti.

Nè sono state trascurate le alterazioni delle sierose: pericardio, peritoneo, meningi, pleure, sinoviali, (CHARRIN (4), LÉRY (5)). Sono alterate dai prodotti batterici le arterie e le vene, come anche i muscoli ed il miocardio (CHARRIN (6)). Somministrando a più riprese questi prodotti batterici, si hanno mieliti, nevriti, congestioni polmonari e secondo NISSEN ipertrofia della milza, fatto che si voleva dovuto solo ai batteri (GROSSET, WAILLARD, ENRIQUEZ, HALLION (veleno difterico), CROCQ, BALLET, LEBON, MAEL, RISPAL, BABES, SABRAZÈS, MONGOUR, ANDRÉ, MONÉ, RICOCHON, CASSAET) (7).

---

(1) DUCLERT. (Soc. de Biol., maggio, giugno 1894).
(2) MENEREUIL. (Ann. de l'Inst. Pasteur, luolio 1895).
(3) CHARRIN. Trattato di Patologia Generale di BOUCHARD 1897.
(4) CHARRIN. (Soc, de Biol. 1894).
(5) LÉRY. (Soc. de Biol. 1894).
(6) CHARRIN. (Soc. de Biol. 1894).
(7) Congrés médical de Bordeaux 1895.

Charrin ha dimostrato, che coll'inoculazione di tossine del *bacillo piocianico* nei vasi, si provocano lesioni degli organi digerenti.

Sanarelli ha constatato che il bacillo d'Eberth, localizzato dapprima nei linfatici, fabbrica delle sostanze, le quali oltrepassando le tonache intestinali vi determinano profonde alterazioni. Altri fatti simili sono stati provati nel colera da Denys e Van den Bergh, una nuova conferma è stata portata da Repin (1). Un' altra prova di questo asserto è, che iniettando cadavere di batterì si hanno lesioni degli organi assai notevoli (Abelous, Langlois, Charrin, Teissier, Hanot, ecc. (2). Anche il sangue subisce delle alterazioni, l'alcalinità s'abbassa, gli ematoblasti diventano abbondanti (Hayem), i leucociti modificano le loro qualità d'attrazione e repulsione (Rovighi, Biegausky, Alessi, Chalenay (3), Pernice, Alessi, Chalenay, Everard, Demoor, Mossast, Bisson (4)), i corpuscoli eosinofili diventano più abbondanti (Botkin (5), secondo Wotkius i globuli sani si mostrano raggrinzati, più deboli e le piastre ematiche sono più abbondanti, qualche volta si forma della metamoglobina. L'urina diventa più tossica nelle infezioni (pneumonite, malaria secondo Gaume, Roger, Roques, Lemoine, Abbu, Griffihts, nella lebra secondo Fisichella), nell'actinomicosi (Parascandolo e De Meis (6)). Conchiudendo queste secrezioni batteriche influiscono sulla nutrizione, sul ricambio nelle mutazioni respiratorie, ecc.

Nelle urine di infermi di morbi infettivi si sono riscontrate sostanze tossiche. Infatti nell'urina degli eresipelatosi si è trovato un alcaloide: (C^{11} H^{13} AzO^3) è pirogena, convulsivante e tossica. Nella febbre puerperale l'urina contiene un principio alcalino: (C^{23} H^{19} AZO) capace di produrne la morte con fenomeni febbrili interni. Nell'urina degli scarlattinosi Griffiths trovò un alcoloide cristallizzato (C^5 H^{12} AzO^4) tossico. Nell'urina dei difterici si trova una tossina alcaloidea (C^{14} H^{17} Az^2O^6) e così pure nelle urine degli scottati (7) ed in molte altre infezioni: (orecchioni, influenza, eczema, morbillo, pertosse, morva, carbonchio, ecc.).

Quanto all'azione di queste tossine sull'organismo essa varia: talune sono dei veleni che agiscono sui muscoli, circolazione, reni polmoni, intestino, pelle, epitelii, sistema nervoso; parecchie sono pirogene, altre determinano una flogosi locale in tutti i tessuti indistin-

(1) Répin. (Ann. Inst. Pasteur 1895).
(2) Teissier et Hanot. (Congrés de Bordeaux).
(3) Chatenay. (Thèse de Paris 1894).
(4) Bisson. (Ann. Inst. Pasteur. 1895).
(5) Botkin. (Thèse de Mesnil 1895).
(6) Parascandolo e De Meis. Della tossicità urinaria e dell'alcalinità del sangue in un caso di actinomicosi della mammella (Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche 1897).
(7) Parascandolo ed Ajello. Le Ptomaine quale cagione di morte nelle scottature (Gaz. degli Osp. e delle Clin. 1876). Sulla cagione della morte per scottature e per inverniciamento. Ricerche sperimentali (Gaz. degli Osp. e delle Cliniche 1897).

tamente o qualche volta per una specie di azione elettiva in un solo organo (HUGOUNENG ed ERAUD).

In rapporto alla vescica abbiamo osservato che allo stato normale non si rinvengono microrganismi, molto meno si hanno fermentazioni urinarie: non avviene lo stesso in stato patologico, nei casi di cistite moltissimi microbi pullulano nella vescica e decompongono l'urina in essa contenuta. Questo fenomeno molti autori lo attribuiscono agli agenti figurati, e credono che la febbre sia dovuta al passaggio di questi nel sangue. Pure attribuendo una parte all'infezione per opera batterica, possiamo credere che l' intossicazione sia in massima parte opera dei principii solubili. Il bacillo *coli commune* che si riscontra sì frequentemente nella vescica infiammata, ed i suoi prodotti solubili iniettati negli animali producono fenomeni gravi. La tossicità di queste urine è di molto aumentata, il che ci fa pensare all'esistenza in essa di queste sostanze tossiche.

In appoggio di questa mia opinione vi sono i risultati degli esperimenti da me fatti. Da essi ho potuto rilevare: allorchè in una vescica di coniglio sano veniva inoculata una cultura virulenta di *staphylococcus pyogenes albus*[1], o di *bacterium coli commune*, non producevano che lievissime alterazioni e transitorie. Solo le inoculazioni in vescica di culture di *proteus volgaris*, la cui azione è più energica, e determina rapida decomposizione delle urine, inducevano infiammazione della vescica.

Colla legatura temporanea della vescica sana si manifestavano del pari le lesioni transitorie della vescica, ma l' organo ritornava allo stato sano appena l' urina ripigliava il suo deflusso naturale. Ma se la legatura durava un certo tempo, si avveravano delle alterazioni della vescica più intense, ed era necessario maggior tempo a ripristinarsi la parte lesa.

Nello stesso modo agiva l' introduzione in vescica sana di acqua fredda, o di sostanze chimiche irritanti, cioè se la permanenza in vescica di queste sostanze era di breve durata, le lesioni erano modiche, invece se perdurava un certo tempo si avevano delle lesioni notevoli dell'organo.

In contrapposto notavo lo sviluppo d' una vera cistite, allorchè alla legatura temporanea dell'organo facevo seguire una inoculazione di culture pure di stafilococchi o di coli commune; in questo caso a me pare che colla permanenza, questi microbi avevano tutto il tempo di alterare l'epitelio della vescica e di formare i loro veleni e determinarvi un vero processo infiammatorio. L'identico fatto si verificava inoculando in vescica delle sostanze irritanti e poi culture degli stessi microbi: il meccanismo di produzione della cistite mi pare simile al precedente, cioè che le sostanze chimiche preparavano il terreno all' attecchimento batterico.

E v'ha di più, gli esperimenti che hanno dato ragione alla mia

opinione che cioè siano i prodotti batterici i veri fattori della cistite, sono stati i seguenti:

Allorchè inoculavo in vesciche di conigli sani tossine pure dello *staphylococcus pyogenes* del *proteus vulgaris* o del *coli commune*, ovvero urina umana putrefatta e filtrata, o urine d'infermi di morbi infettivi dopo filtrate, vedevo svilupparsi una tipica infiammazione vescicale.

Un'altra prova convincente è stato il fatto, che inoculando sottocutaneamente urina filtrata di infermi di morbi infettivi, o di animali scottati, nel qual caso non possiamo parlare di azione batterica, ma di vere tossine, queste inoculazioni determinarono negli animali tra le varie alterazioni, delle vere forme di cistite. Come conferma di questi esperimenti sta il fatto clinico, che nei morbi infettivi il più delle volte si determina una cistite transitoria, dovuta alla eliminazione dei prodotti batterici per i reni, e quindi passaggio da essi per la vescica.

Il sistema nervoso centrale anche ha la sua parte nella determinazione della cistite, però non da solo. Così ho potuto vedere per via sperimentale, che la semplice asportazione di una porzione di un lobo frontale, parietale, od occipitale del cervello, la sezione completa o la emisezione del midollo spinale a livello del rigonfiamento lombare, la frattura della colonna vertebrale, determinano delle alterazioni funzionali della vescica, consistenti nella ritenzione di urina o nell' incontinenza con gemizio di urina, ma non mai cistite. Però, se determinatasi una di queste lesioni nervose, interviene una influenza batterica o tossica, è allora che si hanno i fenomeni della cistite con le relative alterazioni anatomiche dell' organo. In questi casi devo ritenere immutato il fattore causale, batterico o tossico, e le lesioni nervose non hanno agito diversamente dai traumi, dal freddo, dai caustici, o dalla ritenzione di urina, cioè diminuendo la resistenza dell'organo, e preparando il terreno ai batterî e favorendo l'azione delle tossine.

In ultimo ho potuto notare: che la recisione semplice dei nervi della vescica non produce alcuna alterazione dell' organo; invece se alla recisione nervosa si fa seguire la inoculazione batterica o tossica, non solo si determinano tutti i fenomeni della cistite, ma le alterazioni anatomiche sono assai più intense, da aversi delle zone di vera necrosi nelle pareti della vescica. In questo caso penso che l'azione batterica o tossica sia la causa della cistite, e la recisione dei nervi vescicali produca semplicemente una diminuzione di resistenza dell'organo.

CONCLUSIONI.

Dalle osservazioni di parecchi casi clinici di cistite da me fatti, e dai risultati delle mie numerose esperienze mi credo autorizzato a poter trarre le seguenti conclusioni;

1.° Nelle urine degl' infermi di cistite si trovano sempre microrganismi, alcune volte in cultura pura, altre volte vi si trovano diverse specie microbiche associate.

2.° I microbi patogeni che si rinvengono nelle urine di cistiti per ordine di frequenza sono: il *bacterium coli commune,* il *proteus vulgaris*, lo *streptococcus pyogenes*, lo *staphylococcus pyogenes aureus ed albus;* nelle cistiti blenorragiche il *gonococco* di NEISSER; in quelle da tifo il *bacillo del tifo*, in quelle da polmonite il *diplococcus pneumoniae* o qualche *piogeno.*

3.° La cistite acuta è dovuta ad infezione microbica, o ad intossicazione dei prodotti di questi.

4.° L' inoculazione in vescica sana di culture pure di microbi piogeni, non determina cistite.

5.° L' inocnlazione in vescica sana di culture pure di *proteus vulgaris* determina cistite.

6.° Le inoculazioni di tossine dello *staphylococcus pyogenes albus*, *bacterium coli commune*, *proteus vulgaris* determinano cistite.

7.° Le inoculazioni di urina putrefatta e filtrata, o di urina di infermi di malattie infettive o di scottati filtrate, determinano infiammazione vescicale.

8.° Le inoculazioni sottocutanee di urine filtrate di infermi di morbi infettivi determinano cistite.

9.° Allorchè si determinano delle alterazioni delle pareti vescicali, mediante traumi, freddo, caustici o ritenzione di urina, e poscia s'iniettano in vescica culture batteriche si ha la manifestazione della cistite; se dopo prodotte con i succitati mezzi delle alterazioni vescicali si fa seguire una inoculazione dei prodotti solubili batterici, le lesioni vescicali saranno assai più intense ed il quadro della cistite più classico.

10.° Le semplici alterazioni meccaniche, psichiche o chimiche della vescica non determinano mai fatti di cistite, ma delle alterazioni transitorie,

11.° La distruzione di una limitata parte di uno dei lobi cerebrali, la emisezione o la sezione completa del midollo spinale a livello del rigonfiamento lombare, la frattura della sezione lombare della colonna vertebrale, la recisione dei nervi vescicali, determinano lesioni funzionali della vescica.

12.° Se a queste alterazioni nervose si fanno seguire inocula-

zioni batteriche, e più specialmente dei prodotti batterici, nella vescica si riproduce il quadro morboso della cistite, e lesioni neurotiche della parete vescicale.

Esprimo i sensi della più viva gratitudine al mio maestro Professore L. Armanni per avermi dato l'opportunità di compiere queste ricerche.

Napoli, Gennaio 1900.

C. Parascandolo.

Spiegazione delle figure.

Fig. 1. — Esperimento 32. — Desquamazione epiteliale, fortissima infiltrazione parvicellulare limitata nettamente agli strati superficiali della sottomucosa.

Fig, 2. — Esperimento 21. — Stenosi diffusa dell'epitelio superficiale con essudato fibrinoso al disopra dei residui necrotici e nella spessezza dei tessuti, si nota enorme infiltrazione parvicellulare dei corpuscoli rossi e polinucleati a preferenza questi ultimi. I più superficiali quelli che invádono la massa necrotica sono notevolmente deformati, Gli strati muscolari sono vivamente infiltrati, i nuclei delle singole fibre sono appena visibili.

Fig. 3. — Esperimento 35. — Tutte le tuniche sono occupate da una infiltrazione parvicellulare massime in alcuni punti, il tessuto è coverto in modo da non trasparire lo stroma di esso. La superficie dell'epitelio è scomparsa, ed è sostituita da un' uniforme massa necrotica, che anche essa presentasi fortemente infiltrata; si nota pure una modica iperemia dei piccoli vasi.

Fig. 4. — Esperimento — 51. — Notevole iperemia specie della sottomucosa con forte infiltrazione parvicellulare, solo in alcuni punti l' epitelio è conservato, molte cellule addirittura nevrotiche, le fibrocellule muscolari mostrano una iperco-lorabilità dei nuclei.

L' argomento del giorno.

Da qualche tempo sono soggetto di studio la cura delle malattie del fegato, ed atti operativi, che hanno per scopo di aprire nuove vie di scarico alla vena porta. Se ne comprendono subito gli effetti che ne può subire l'organo epatico in talune affezioni. È col nome di *operazione di Talma* che si conosce questo atto chirurgico. Drumond e Morison ne seguirono l'esempio in quattro casi ed ottennero due guarigioni. Il Tillmann poi volle fare delle ricerche sperimentali per verificare ciò che avveniva dopo la sutura del peritoneo all'omento: constatò dopo tre mesi che la vena porta non era stata del tutto occlusa, ma confermava la legge di Cl. Bernard che gli animali possono vivere liberamente e bene dopo la chiusura completa della vena porta in grazia allo sviluppo di una circolazione collaterale. È ciò che si vede anche con la fistola di Eck.

Adesso Talma (Berliner Klinische Woschenschrift N. 31) cita due casi di cirrosi con colemia seguiti da ottimo resultato. In uno non vi era itterizia, e l'ascite era limitata perchè parecchie le aderenze fra peritoneo ed omento spontaneamente prodottesi. Con la laparotomia fu constatata iperemia considerevole a carico delle radici della porta. Dopo l'operazione guarigione, persistente anche dopo un'anno: impicciolimento della milza.

Il Talma afferma che l'operazione non è utile quando vi furono o vi sono in corso processi infiammatori peritoneali, perchè oltre disturbare la neoformazione vascolare in specie per l'ispessimento che subisce il peritoneo, si hanno ancora dei versamenti causati dal processo flogistico. Il quale processo flogistico, se è discreto, può facilitare l'adesione dell'omento al peritoneo e una più viva neoformazione vascolare. La mancanza di ascite nella cirrosi ipertrofica deve attribuirsi alla circolazione collaterale stabilitasi, facilmente riconoscibile, e non alla mancanza di periflebite nè ad un vero circolo di compenso che ha avuto tempo di svolgersi.

La milza sul subito aumenta di volume per l'aumento di pressione nel sistema venoso dovuto alla rapida chiusura della porta: ma poi diminuisce a poco a poco mercè il circolo di compenso che si afferma.

L'adesione poi dell'omento al peritoneo ostacola le emorragie per rottura dei vasi esofagei, perchè migliora il circolo di compenso addominale.

*
* *

In questi ultimi tempi lo studio della *sutura delle arterie* ha avuto un nuovo impulso. In un pregevole articolo dello Münchener medicinische Wochenscrift (N. 32 e 33) se ne occupa il Seygel e nella Riforma Medica (N. 201) ne trovo un'ampio riassunto sintetico, nel quale però a torto è dimenticata la citazione del mio lavoro pubblicato contemporaneamente a quello del Burci, nel 1890, e che furono fra i primissimi su tale argomento. È sempre la solita quistione che si agita, e cioè se il vaso suturato si trombizza o no. L'insieme delle opinioni però porta a questa conclusione, che se anche il vaso non rimane permeabile si dà con la sutura agio maggiore alla formazione di un circolo collaterale, perchè l'afflusso di sangue non è interrotto di un sol tratto « La possibilità della sutura delle arterie, dice l'autore, è dimostrata sì sperimentalmente che clinicamente, dacchè una ferita d'arteria unita deve considerarsi come una serie di ferite minime che possono abbandonarsi alla guarigione spontanea ».

*
* *

Il D. Donato De Francesco (Gazzetta degli Ospitali e delle Cliniche N. 105) ha voluto provare in un caso nel quale aveva grande perdita di sostanza degli *innesti cutanei di pollo.* « Si tolgono le penne dalla regione laterale del torace, egli scrive, ad un pollo giovane; si pulisce la pelle con acqua tiepida, soffregandola con garza per meglio detergerla da piccoli corpi estranei. Riuscendo malagevole tagliare col rasoio piccoli pezzetti di cute, preferisco fare con le forbici un occhiello nella pelle e tagliarne via un pezzo, arrivando così fino a ridosso dei muscoli del petto. Il pezzo asportato si ritaglia con le forbici in pezzettini rettangolari di 2 mm. nel massimo diametro, che si pongono in acqua clorurata (Na Cl al $7^0/_{00}$) a T di circa 37° e poi si seminano sulla superficie granulante. Questa prima si sarà strofinata con un batuffolo di garza per abradere le granulazioni, arrestando di poi l'emorragia con pressione ed acqua calda . . . Dopo due giorni si cambia la medicatura, e se gli innesti hanno attecchito non vengono via facilmente. Si usa al solito acqua bollita per lavare la piaga e non gli antisettici ». In un caso ottenne ottima riparazione.

*
* *

Nell'Istituto d'Igiene della R. Università di Cagliari diretto dal Sanfelice, il Dott. Roberto Biraghi si volle occupare della *teoria di Flügge e le sue applicazioni alla Chirurgia.* Dopo una serie di esperienze viene a queste conclusioni: « 1.° gli stafilococchi sono, rispetto agli altri patogeni, i germi più frequenti, che si riscontrano nell'aria degli ambienti chirurgici. 2.° Varia la loro frequenza, a seconda degli ambienti: in quelli ove esiste un traffico maggiore di persone, ivi sono più frequenti. Sono anche più frequenti negli strati bassi dell'aria, anzichè negli alti. Così nella sala di operazioni mai li ho riscontrati prima e durante un intervento chirurgico, sempre dopo. La metà degli esperimenti dimostrano che prima e durante l'operazione non solo non si trovano gli stafilococchi, ma neppure altri patogeni. Nella sala di medicature gli stafilococchi li ho riscontrati durante e dopo il servizio. Negli sperimenti con risultato negativo furono inoculati germi raccolti a diverse altezze dal suolo e soltanto prima delle medicature. Nell'ambulatorio invece e nelle corsie degli ammalati, dove il traffico delle persone è notevole, gli stafilococchi furono isolati prima, durante o dopo il servizio, tanto sul suolo che a diverse altezze. I pochi germi non patogeni furono raccolti a 2 m. dal suolo e prima del servizio. 3° Non si può con certezza affermare quale influenza abbiano le stagioni, in ragione della temperatura e della pressione barometica, sulla frequenza degli stafilococchi nell'aria. Ad ogni modo risulta dalle osservazioni istituite da metà novembre a quasi tutto giugno, che sono poco frequenti nei mesi a temperatura e pressione basse, come febbraio e marzo; e sono più frequenti relativamente in quelli a temperatura e pressione piuttosto alta, come maggio e giugno. 4.° Per quanto riguarda la pratica, ritengo più che giustificati i timori di quei chirurghi che si preoccupano della qualità di germi esistenti nell'aria dell'ambiente in cui operarono; e che per quanto molto più importante dell'infezione dell'aria sia oggi da considerarsi la così detta infezione di contatto, è sempre un'ottima garanzia operare in un ambiente igienico e dove, è questo un precetto da rispettare il più scrupolosamente possibile, il numero delle persone che assistono alle operazioni sia ridotto al minimo.

Poichè è dimostrato dalle ricerche del Flügge che bastano lievissime correnti d'aria, determinate anche dal solo movimento delle persone, per provocare il distacco di sottilissime particelle di polvere contenenti germi patogeni, le quali rimanendo sospese a lungo nell'aria (anche 5 ore), possono determinare l'infezione di una ferita, fatta tuttavia con mani disinfettate, con strumenti sterilizzati e trattata con materiale asettico.

Recentissimamente il Delbet nella seduta dell' 11 Luglio della Società di Chirurgia di Parigi ha comunicato i resultati ultimi ottenuti in una serie di ricerche, sull'asepsi operatoria, che egli aveva istituito dal mese di giugno. Egli ha fatto quattro esperienze con la pelle degli ammalati, al momento dell' operazione; una sola volta, quando egli stesso non aveva potuto sorvegliare il lavaggio ebbe sviluppo di colonie; negli altri casi i tubi rimasero sterili. Non è dunque impossibile rendere asettica la pelle, come pretendono certi Autori.

Per quanto riguarda la disinfezione delle mani, il Delbet, dopo essersi infettato con culture virulente ed essersi lavato per sei minuti, avviluppò le sue mani con compresse asettiche per lo spazio di 20 minuti, in modo da provocare un sudore locale abbondante; malgrado ciò, gli innesti fatti coi prodotti di raschiamento dell'epidermide rimasero sterili. Non è dunque la pelle, conclude l'autore, il punto di partenza della setticità delle mani constatata alla fine delle operazioni; sono certamente, al contrario, i microbi della polvere dell'aria che vengono a contaminare il chirurgo durante l'atto operativo.

* * *

Nel Laboratorio d'Igiene del Prof. Manfredi di Palermo il Dott. Eugenio Calvella eseguì un altro lavoro, anche questo in rapporto alla Chirurgia, perchè tratta *la disinfezione delle mani per mezzo delle essenze.* (Giornale Internazion. delle scienze Mediche N.° 17). Queste lo conducono ad emettere le seguenti conclusioni: 1.° che il lavaggio con acqua e sapone ed alcool non rende mai le mani asettiche, quantunque diminuisca di molto i germi che in esse si trovano; 2.° che i metodi di Fürbringer e dell'Ahlfeld non portano alla disinfezione completa delle mani; 3° che le soluzioni di essenza di cannella al 7-8 %, quelle di essenza di timo all'11 % e quelle di geranio al 17 % agiscono dell' istesso grado che il sublimato usato secondo il metodo di Fürbringer e che perciò dovrebbero essere preferite nella pratica chirurgica, inquantochè le essenze non producono quelle alterazioni che produce il sublimato; 4.° che le soluzioni di essenza di cannella al 9 %, quella di timo all'11 e al 12 % e di geranio al 18% assicurano completamente la disinfezione delle mani; 5.° che l' essenza di patochouly non può esser adoperata nella pratica della disinfezione delle mani poichè non spiega alcun potere antisettico.

* * *

Il Dottor Piantieri ha fatto delle importanti ricerche sulle *alterazioni del fegato in seguito all' estirpazione del plesso celiaco.* (Gazzetta internazionale di Medicina Pratica N.° 17), che aveva già studiate il Prof. Lustig. Dalle ricerche del Piantieri risulta che si trova nel fegato la necrosi ed intensa iperemia diffusa a tutti i vasi sanguigni accompagnata in qualche tessuto da stravasi emorragici. In nessun preparato vide la necrobiosi e l' iperessia alla periferia dell'acino, segnalata dal Bonome. Ora, egli dice: « la necrosi e l'iperemia del fegato non si possono spiegare se non ammettendo che nel fegato esistono fibre trofiche le fibre vaso-motorie, sparse per tutti i vasi dell'organo, in diretto rapporto con i gangli celiaci; per cui distrutti questi si avrebbero disturbi della nutrizione delle cellule epatiche e diminuzione del tono vasale, onde iperemia diffusa. La fuoruscita del sangue avverrebbe poi per alterazioni delle pareti vasali ». Il Bonome spiegherebbe questo ammettendo che lungo il decorso dei filamenti nervosi che si distribuiscono al fegato, vi siano piccoli gangli accessori, i quali rappresentano altri centri trofici sussidiarii, capaci di paralizzare gli effetti nocivi della distruzione di una gran parte del plesso celiaco. Il Lustig in ugual modo spiegherebbe come in certi casi i conigli, cessata l'acetonuria, guariscono completamente. Su tale importante argomento il Pianteri promette ulteriori comunicazioni, che riusciranno di sicuro importanti.

30 Settembre, 1900.

ANDREA CECCHERELLI.

RIVISTA SINTETICA

SULLA COMMOZIONE CEREBRALE

Che cosa s'intende per Commozione Cerebrale? L'espressione Commozione Cerebrale tenderebbe ad indicare nient'altro che uno scuotimento della massa encefalica, uno spostamento momentaneo dal loro posto di particelle cerebrali; ma manca di chiarezza o meglio di esattezza, non dice tutto, non esprime che un concetto filologico, e se è vero che uno scuotimento si produce di fatto sulla sostanza encefalica in ogni caso di Commozione Cerebrale, gli effetti di tale scuotimento talvolta gravissimi, non sono punto indicati da tale parola; ci è detto soltanto quello che si deve pensare per commozione, quando il processo voglia corrispondere alla parola, ma la quistione è ben altra.

Quand'è che noi parliamo di Commozione Cerebrale? Un uomo cade sul capo, perde la coscienza, vomita; all'esame esterno, non si osserva nessuna lesione nè del cranio, nè dei suoi tegumenti; ha pallore, prostrazione di forze, rallentamento di polso e di respiro, che diviene superficiale, pupille dilatate e immobili. A seconda però della caduta, in un caso potrà aversi nient'altro che una passeggiera vertigine, ed una momentanea perdita dei sensi; mentre in un altro caso più grave, l'incoscienza può essere profonda, l'individuo si trova in uno stato di completo abbandono, si mostra ora assopito, ora comatoso, il suo corpo è freddo, la sensibilità sia generale che speciale è abolita, suole avere vomito, perdita involontaria delle feci e delle urine; questo stadio di depressione si accompagna a collasso e finisce colla morte.

Tra questi due estremi si hanno tutte le possibili gradazioni, tanto per la gravezza che per la durata del male. Questa è la commozione.

Quali sono le vere cause da cui dipendono questi fenomeni? In tutti questi casi si rinvengono o no nel cervello lesioni strutturali?

Storia. — Da Ippocrate sino ad oggi la Commozione Cerebrale fu molto studiata e vennero emesse, a spiegarne il meccanismo di azione, innumerevoli teorie, senza però che il problema venisse mai risolto. Si succedettero con alterna vicenda, rigettate ed ammesse le teorie della trasmissione delle vibrazioni dalla scatola cranica alla sostanza cerebrale; della contusione del cervello; l'ematica nei diversi aspetti dell'emorragia, iperemia, anemia; della paresi dei centri nervosi, e così di seguito sino alle moderne in cui all'osservazione macroscopica si unì la microscopica.

Già fin negli antichi tempi Ippocrate (1), Celso (2), e Galeno (3) fecero cenno a certi sintomi riferibili a tale processo morboso, quantunque sotto questo quadro clinico essi comprendessero tutto ciò che si verificava nei diversi traumi del capo. Ambrogio Parèo (4) e Falloppio (5) nel XVI secolo ammisero essere la Commozione dovuta ad una scossa cerebrale, per cui il Parèo le dette il nome di Concussione. Il Falloppio poi dice di aver rilevato nel cervello delle lesioni nel punto diametralmente opposto a quello in cui era avvenuto il trauma.

Boirel (6) pel primo asserì che la Commozione era dovuta ad alterazioni della sostanza Cerebrale senza lesioni dei suoi tegumenti; ed il Littrè (7) avvalorò quest'asserzione con un caso classico di commozione. Un individuo si suicidò in carcere battendo del capo contro il muro; egli morì sebbene non si riscontrasse in lui alcuna alterazione anatomica apparente; tale esito il Littrè lo ritenne dovuto a scuotimento della sostanza nervosa. Si veniva così ad ammettere che la commozione era una affezione funzionale del cervello distinta dalle altre lesioni.

Grima (8), Chopart (9), e Sabatier (10) ammisero che dalla scatola cranica si trasmettessero al cervello forti e rapide vibrazioni sì da produrre come una specie di condensazione con riduzione di volume del cervello stesso.

J. L. Petit (11) confermò il fatto della trasmissione delle vibrazioni, ritenendo che nella Commozione la sostanza Cerebrale rimanesse dinamicamente atonizzata e paralizzata dalle oscillazioni.

*
* *

E qui comincia la serie degli esperimenti, che importantissimi fecero constatare dei fatti di gran valore.

E primo fra tutti fu Gama (12), il quale riempì un matraccio di vetro con gelatina, di consistenza uguale a quella della sostanza cerebrale, e traversata in vario senso da fili colorati; egli vide che percuotendo alla superficie il matraccio, la massa gelatinosa sottostante al punto percosso, si allontanava dalle pareti, trasmettendo dei movimenti ai fili stessi; ne venne alla conclusione che lo stesso doveva avvenire nel cervello, battendo sul cranio, onde l'organo deve rimaner compresso nella direzione in cui agì la violenza.

Boyer (13) e Regin (14) confermarono questo reperto.

Il Bruns partendo da questo stesso punto di vista diceva che si aveva per dato e fatto di un urto sul cranio, la trasmissione di questo alla sostanza cerebrale, la quale si propaga per tutto il cervello nella stessa direzione della forza che aveva agito esternamente, venendo così ad accumularsi della massa cerebrale dalla parte opposta. Rimanevano quindi sempre fissi i concetti antichi che nella commozione si avessero degli spostamenti molecolari e dei cambiamenti degli elementi cerebrali, tanto sottili da sfuggire del tutto ai metodi comuni di esame.

Le esperienze di Gama però non ebbero sanzione nel controllo fatto da Nelaton (15), Denonvilliers (16) ed Aliquié (17) i quali con nuovi esperimenti condotti alla stessa maniera di Gama dimostrarono che il movimento dei fili si ha se il vaso non è completamente pieno, e che invece di un movimento oscillatorio si aveva sempre una scossa in totalità, per cui il cervello veniva a battere contro le pareti ossee opposte al punto percosso, rimanendone per questo contuso.

Anche Delpech, Sanson (18) e Rokitansky (19) dissero essere la commozione dovuta a contusione dei centri nervosi.

Fano (20) volle che la Commozione fosse dovuta ad emorragia alla base del cervello e attorno al bulbo. Chassaignac (21) e Nelaton (22) come conseguenza di piccole emorragie sparse. Stromeyer (23) ammise un disturbo circolatorio, e cioè una iperemia dovuta al cangiamento di forma, ad una istantanea compressione che la scatola ossea imprimeva alla sostanza cerebrale nel punto colpito; sicchè ritornò al concetto che ne ebbero i vecchi chirurghi, e ammise che le apoplessie capillari osservate in alcuni reperti non dovevano ritenersi come conseguenza della Commozione, ma appartenenti al periodo di reazione, ed erano l'effetto di soluzioni di continuità che avevano luogo nelle fibre nervose e nei vasi sanguigni del cervello in seguito alla scossa sofferta.

Ma il Fischer al ragionamento di Aliquié contrapponeva in una sua lezione edita fra quelle del Volkman, che non si poteva imaginare una oscillazione tanto potente delle molecole di un tessuto tanto molle come è quello del cervello, senza nel tempo stesso figurarsi gravi cambiamenti nella sua tessitura, senza cioè vedere da un lato nessun spostamento di questa e dall'altra nessun ispessimento, nessuna confluenza di massa, nessuna lacerazione, nessuna emorragia. E rifletteva ancora lo stesso Fischer che tali disordini non dovrebbero così presto sparire, e condurrebbero a ben più duraturi cambiamenti di quelli che si trovano nei casi di Commozione cerebrale, i quali del resto non possono neppure essere dimostrati. Il Fischer (24) quindi partendo da alcuni reperti necroscopici emise una nuova teoria, che trova base nelle esperienze di Goltz (a). Egli considera la commo-

(a) Goltz battendo sul ventre di una rana ottenne rallentamento e arresto del cuore in diastole e riempimento delle vene meseraiche e coliche per lo svuotarsi delle arterie. intestinali; effetti questi, secondo Goltz, di paralisi vasomotoria dovuta ad eccitazione delle terminazioni del simpatico per il trauma.

zione come uno shock cerebrale, vale a dire uno stato di paralisi vasale riflesso che cagiona stasi ed anemia. I fenomeni della Commozione sarebbero così dovuti ad anomalia nella distribuzione del sangue nei vasi cerebrali; l'anemia arteriosa sarebbe prodotta dalla paralisi riflessa della muscolatura delle pareti e la contemporanea stasi venosa dipenderebbe dall'indebolimento e rallentamento dell'attività cardiaca a cui si aggiunge il difetto di contrattilità dei vasi sanguigni. Quest'anemia agirebbe come paralizzante dello strato corticale degli emisferi e come stimolante dei centri circolatorio e respiratorio, onde l'incapacità e i difetti funzionali che riscontriamo nella Commozione. La mancanza di convulsioni, che si riscontrano invece in ogni caso di anemia cerebrale, la spiega col fatto che qui l'anemia del cervello è abbastanza grave per produrre il coma, ma non tanto da poter dar luogo allo sviluppo di sintomi di convulsioni provenienti dal midollo allungato, che sebbene in modo imperfetto, nella Commozione, continuerebbe a funzionare.

Questa teoria fu combattuta in seguito da Kock, Filhene (25) e Withowski (26) i quali producendo la Commozione Cerebrale in animali per mezzo del martellamento, ossia con colpi piccoli e ripetuti per evitare le lesioni materiali osservate da altri sperimentatori, negarono qualunque influenza vascolare e ritennero che la Commozione fosse dovuta ad una paresi dei centri cerebrali, determinata sia da una scossa molecolare, sia dall'urto della massa encefalica contro la parete cranica. Il Beck (27) confermò invece la teoria del Fischer con speciali osservazioni. Egli per mezzo di un'apertura fatta nel cranio di conigli che aveva commozionato, vide, che durante i fenomeni della Commozione la superficie del cervello diveniva pallida, e quando in essi cessavano i fenomeni, i vasi si riempivano di nuovo. Di qui fu condotto ad ammettere l'anemia acuta dell'encefalo.

Il Duret (28) e più recentemente Alessandro Miles (29) di Edimburgo, hanno dimostrato che le lesioni che si riscontrano nel cervello e nel midollo spinale, nei casi di commozione, son dovute ad onde che si stabiliscono nel liquido cerebro-spinale. Essi hanno provato con esperimenti, che nel punto di applicazione del trauma si forma un cono di depressione della parete cranica, dal quale il fluido è messo in movimento, e che al lato opposto dell'asse di percussione, il cranio protubera all'infuori formando un cono di sporgenza, nel quale una parte del liquido si precipita. L'assieme dei fenomeni compresi sotto il nome di commozione cerebrale è per essi il risultato di un'anemia temporaria dell'organo; quest'anemia è il risultato riflesso dell'eccitazione dei corpi restiformi e forse anche di altri centri sensitivi importanti della regione del bulbo; questa eccitazione del bulbo è provocata dall'onda del liquido cefalo-rachidiano, che si precipita attraverso l'acquedotto di Silvio, i fori di Magendie e gli spazi sottoaracnoidei anteriori e posteriori verso il canale rachidiano, tutte le volte che un colpo violento viene impresso alla vòlta cranica. Conformemente alle leggi d'idrostatica, questa onda di liquido cefalo-rachidiano perturba l'equilibrio di pressione che sopportano le cellule terminali nervose.

Il Polis (30) in seguito a numerose esperienze eseguite seguendo il metodo del martellamento, ritenne che la pategenesi della commozione si debba riferire a due cause: da una parte all'azione della violenza sui centri nervosi, dall'altra all'alterazione vascolare (anemia) prodotta dalla violenza stessa sui vasi. È impossibile, egli dice, spiegare i sintomi della Commozione senza tener conto di questi due fattori: azione sopra i vasi e sui centri; la violenza, come risulta dalle mie esperienze, deve esser tanto più leggiera, per quanto minore è la vascolarizzazione cerebrale. La gravezza dei fenomeni consecutivi alle violenze craniche sarebbe quindi dipendente dallo stato del sistema nervoso e dalla sua vascolarizzazione cerebrale, in modo che un trauma leggero può produrre una commozione grave in un individuo in cui la vascolarizzazione è disturbata, mentre se la circolazione cerebrale è intatta anche una violenza molto forte può non determinare che uno stordimento passeggero.

L'opposizione forse più valida contro le teorie del Fischer e del Duret parte dal D'Antona (31), che fa osservare che ciascuna di queste teorie è suffragata da autopsie e da esperimenti, ma nessuna, isolatamente presa, corrisponde bene al complesso dei sintomi diffusi della Commozione, o si è con maggior frequenza riscontrata all'esame anatomo-patologico. Egli esclude la teoria del Fischer per il fatto che l'anemia dei centri nervosi dà prima dell'abolizione funzionale le convulsioni, sebbene Fischer voglia che queste avvengano per non completa alterazione del midollo allungato, e pel fatto che nella commozione l'istantaneo disturbo della coscienza e dell'intelligenza più o meno profondo, fugace o duraturo, è il sintoma più caratteristico, fatto che non si può spiegare con l'anemia per stasi venosa invocata dal Fischer; per quanto questa possa rapidamente accadere, assolutamente manca della istantaneità che sarebbe necessaria per dare gli effetti subitanei che riscontriamo nella commozione.

Esclude la teoria del Duret perchè la Commozione non dovrebbe insorgere in coloro che scarseggiano di liquido ventricolare, e pur ammessa la sfuggita del liquido, non avrebbe esso tale forza da contundere e lacerare i ventricoli. Qualora si volesse anche ritenere la possibilità di questi fatti, gli effetti dovrebbero essere inibitori o depressivi soltanto sui centri della circolazione e della respirazione, e mai o tardivamente sulla coscienza e sulla intelligenza, i quali ultimi effetti dimostrano una lesione di tutta la corteccia cerebrale.

Il d'Antona ammise per la Commozione a reperto negativo l'offesa meccanica di scossa o spostamento e di quasi disgregazione molecolare generale fra tutti gli elementi nervosi. Tale teoria fu confermata dalle esperienze del prof. Ambrogio Ferrari (32) fatte nel laboratorio del prof. Teodoro Kocher di Berna. Egli riempì di gelatina, ittiocolla, ecc. frammista a vetrini copri oggetti e frammenti di tubi capillari di vetro dei crani e quindi facendo cadere su di essi una palla pesante, vide che gli oggetti di vetro si rompevano in maggior numero nella massa gelatinosa corrispondente alla regione del cranio colpita e nella direzione della violenza fino all'opposto lato, in minor numero nel resto del contenuto, specie quelli che si trovavano in contatto o in vicinanza della superficie interna del cranio. Aumentando l'azione meccanica, usando palle di maggior peso e facendole cadere da maggior altezza, all'estesa infrazione dei vetrini si complicavano diastasi delle suture o fratture multiple delle ossa del cranio. Le conclusioni del Ferrari sono:

1.°) Quando un trauma colpisce direttamente le pareti del cranio si sviluppa istantaneamente nel contenuto del cranio una forza che agisce dall'interno verso l'esterno.

2.°) Questa forza agisce non solamente nella direzione del colpo, ma anche su tutti gli altri punti dei contenuti della cavità craniense.

3.°) Questa forza pel suo modo di agire può essere ritenuta proveniente dallo sviluppo della pressione idrostatica.

2.°) Lo sviluppo di questa forza varia a seconda del trauma e sta in ragione inversa dello spessore delle pareti.

5.°) Questa forza però si sviluppa in grado maggiore della direzione del colpo.

6.°) La pressione idrostatica pel suo modo di sviluppo istantaneo, pel suo modo di agire su tutte le parti del contenuto nella cavità craniense, può con molta probabilità ritenersi quale causa dei fenomeni che si hanno nella commozione cerebrale, prodotta da un trauma che colpisce le pareti del cranio.

Le alterazioni anatomo-patologiche sulle quali si fondarono alcune delle teorie esposte, per spiegare il meccanismo fisio-patologico della commozione, sono, come si è veduto, molto incomplete e differenti fra loro.

*
* *

Passando ora alle teorie moderne di Dinckler (33), di Schmaus (34), Friedmann (35), Kronthal, Bernard (36) e Westphal (37) basate sopra osservazioni fatte in

animali morti in seguito a commozione sperimentale oppure uccisi poco dopo, si vede come manchino in genere lesioni macroscopiche apprezzabili, e le maggiori alterazioni rilevate microscopicamente consisterebbero essenzialmente in focolai di rammollimento e lesioni vasali; vertendo però la questione sul punto se queste lesioni siano di carattere regressivo o di origine infiammatoria.

Il Luzenberger (38) studiando l'essenza dell'alterazione residuale di un urto, che portò, dopo molto tempo, paralisi generale progressiva con esperimenti su cavie facendo poi preparati microscopici alla Nissl dedusse:

1.°) Che i disturbi nutritivi generali prodotti da un trauma nel sistema nervoso appariscono in primo luogo nell'aumento di numero delle cellule ganglionari in fase progressiva.

2.°) Che le lesioni circoscritte, conseguenza di traumatismi nel sistema nervoso, sono, alcune dovute alla contusione per contraccolpo, altre all'urto trasmesso al liquido cefalo-rachidiano, il quale è dimostrabile, anche quando non vi siano tracce di rammolimento, dalle alterazioni cellulari nelle regioni esposte al contraccolpo e dalla lacerazione delle guaine midollari delle fibre, anche a grande distanza dal punto d'azione del trauma.

3.°) Le alterazioni delle cellule gangliari che si riscontrano o sotto il posto del trauma o nelle regioni corrispondenti, sono rappresentate da una speciale distribuzione polare della sostanza cromatica, la quale fino ad ora non sarebbe mai stata descritta in verun'altra malattia.

Il Parascandolo (39) nei suoi esperimenti trovò sempre deformazione del corpo della cellula (cromatolisi piuttosto periferica che centrale), rarefazione del protoplasma, e degenerazione nucleare.

Lo Scagliosi (40) ha trovate alterazioni tanto nelle cellule cerebrali che in quelle del midollo spinale. Esse consistono in atrofia varicosa, ipertrofia degenerativa del corpo cellulare, cromatolisi, formazione di vacuoli nel corpo cellulare e omogeneizzazione del nucleo fino alla completa scomparsa del contenuto delle cellule gangliari. Queste alterazioni sono distinte nelle cellule gangliari e nella neuroglia del midollo spinale; e le cellule della glia sono gli elementi anatomici che si dimostrano alterati in maniera più diffusa. L'A. perciò spiega la patogenesi della commozione con un disturbo della circolazione sanguigna, il quale influirebbe sfavorevolmente sulle cellule sia diminuendo l'afflusso del materiale nutritivo sia aumentando la copia dei prodotti dannosi del ricambio materiale.

Tillmann (41) osserva che la commozione cerebrale non si produce che in seguito ad un urto del cranio sopra un corpo resistente; deve dunque verificarsi l'arresto brusco di un movimento oppure è necessario che una violenza faccia subito entrare in vibrazione il cranio allo stato di riposo. Questa Commozione è rara complicazione delle trapanazioni, delle ferite del cervello per arma da fuoco e di altri traumatismi. Tillmann crede dunque doversi attribuire la causa della commozione alla forza di coesione differente delle parti costituenti del cranio (contenente e contenuto) in ragione dei loro pesi specifici variabili. Il sangue che a peso specifico elevato ha la più grande forza di coesione, perciò, ad ogni arresto brusco del cranio che cade, il sangue sarà dapprima proiettato e lacererà i fini vasi cerebrali.

La sostanza bianca è più densa della grigia e giungerà più lentamente al suo stato di riposo, donde risulta un disturbato equilibrio fra le due sostanze.

I dottori Cavicchia e Rosa (42) onde portare un contributo alla patogenesi, esperimentarono l'anno scorso sulla Commozione Cerebrale usando il metodo di Koch e Filhene del martellamento intermittente del capo, con inframittenza però di un corpo elastico onde non ledere le parti molli e le ossee del capo, annotando diligentemente polso, respiro, temperatura, esaminando il fondo dell'occhio e senza praticare la cloroformizzazione per ottenere netto il quadro sintomatico; per osservare lo stato della materia cerebrale praticarono, previamente all'esperimento, la craniectomia mediante trapanazione.

I due autori, nei pochi esperimenti fatti, concorderebbero con la teoria del Fischer o dell' anemia, unendovi anche l' azione dell' urto sugli altri elementi cerebrali (parti liquide e solide sino a giungere agli elementi nervosi) così da produrre il torpore funzionale degli elementi nèrvosi stessi; per spiegare poi come i sintomi della Commozione permangono anche cessato lo spasmo vasale, invocano il difetto di nutrizione degli elementi nervosi che deriverebbe dalla stasi venosa mantenendo così il torpore funzionale.

Microscopicamente essi non riscontrarono alterazioni degne di nota; solo nel 3.° esperimento notarono segni di degenerazione di alcuni elementi cellulari nella sostanza nervosa al punto di trapanazione del cranio e zone circostanti; la sostanza cromatica era eccentricamente disposta, in alcuni elementi osservarono rarefazione del protoplasma attorno al nucleo, vacuoli nella sostanza protoplasmatica d'altri; poco evidente il nucleo in altri ancora.

Ma considerando che in quel caso la Commozione fu prodotta ben due volte, che i fenomeni persistettero per un tempo maggiore di quello che negli altri, che la maggior parte delle lesioni si osservarono nel punto ove era stata praticata la trapanazione e nelle zone circostanti, e che lo stesso reperto microscopico, cioè la polarizzazione della sostanza cromatica, rarefazione e vacualizzazione del protoplasma, si riscontra infatti in circostanze patologiche diverse determinate dall' azione di tossine o di infezione, come nel tetano, botulismo, peste, lepra, uremia, anemia, embolismo, cerebrale, e negli avvelenamenti per Pb, bromo, cocaina, nicotina, antipirina, e negli animali sottoposti ad alta e bassa temperatura, gli A. non accordano a queste alterazioni una grande importanza nella patogenesi della Commozione, ma le considerano quali l'effetto della disturbata nutrizione degli elementi stessi, determinata dalla vaso-dilatazione paretica secondaria, dalla stasi, infine dall' anemia nutritiva.

Ultimamente il D. B Roncali (43) in seguito ad esperienze fatte nel gabinetto di Clinica chirurgica della Regia Uuniversità di Roma, diretto dal professor Durante, ha formulato una nuova teoria.

1.°) Che nella commozione gravissima, la quale riesce istantaneamente mortale o poco dopo l'azione traumatica, dobbiamo intendere: che per il grande scuotimento nelle cellule del nevrasse e sopratutto in quelle del bulbo, avviene una tale disorientazione molecolare, che nei singoli neuroni rimane abolita la regolazione dello scambio materiale e dinamico, in seguito alla quale rimangono sospese le funzioni nutritive e secretive, dando la morte violenta dei neuroni per mancato nutrimento o per intossicazione e perciò l' assenza completa di qualsiasi lesione dell'elemento nervoso.

2.°) Che nelle Commozioni, le quali guariscono trascorse poche ore o qualche giorno dopo l'azione del trauma e nelle quali le cellule nervose rivelano le lesioni descritte dai varii autori, tali commozioni devonsi al fatto che per la diversa orientazione delle molecole si ha una transitoria sospensione dello scambio materiale e dinamico, in seguito alla quale si manifesta una temporanea sospensione del nutrimento ed una transitoria intossicazione.

I neuroni che trovansi in questo stato sono come in un letargo, ed offrono: impicciolimento del loro corpo cellulare, retrazione dei prolungamenti cellulipeti e cellulifughi e fusione della sostanza cromatica. Colla retrazione dei prolungamenti protoplasmatici, in armonia a questa dottrina, vengono a mancare i contatti nervoso-protoplasmatici e le influenze fra i singoli neuroni e quindi viene ad aver difetto ogni conduzione cellulipeta e cellulifuga e perciò l'impossibilità della formazione dell'onda nervosa, donde il vero letargo od assopimento transitorio dei neuroni ed il mantenimento temporaneo dell' abolizione delle funzioni vitali negli individui in preda a commozione encefalica non mortale.

(Continua). Dott. GIOVANNI NEGRI.

XIII.° CONGRESSO INTERNAZIONALE DI MEDICINA
Parigi 2-9 Agosto 1900

Sezione di Ginecologia

Presidente Prof. FELIX TERRIER — *Vice Presidente* POZZI
Segretario generale HARTMANN.

Presidenti d' Onore: FRITSCHL, LEOPOLD, MARTIN, SCHULTZ, WINCKEL, ZWEIFEL, SIMPSON, SINLCAIR, BASTERRICA, ENGELMANN, PALMER, DUDLEY, PRYOR, CHROBACK, COSTE-JARENA, TREUB, CALDERINI, MANGIAGALLI, MORISANI, GONBAROFF, DE OTT, REIN, SNEGUIREFF.

CURA DEL CANCRO DELL' UTERO.

GUSTAVO RICHELOT. — L'A. pratica l'isterectomia vaginale quando può intervenire nell'inizio del processo morboso. Nei casi più avanzati interviene per la via addominale.

M. DIMITRI DI OTT. (di Pietroburgo)

1.° Il trattamento chirurgico del cancro dell' utero può dare delle guarigioni definitive.

2.° Anche nel cancro parziale dell'utero bisogna praticarne l'esportazione totale perchè altrimenti non si ha la massima garanzia contro le recidive.

3.° L'estirpazione delle ovaie non deve praticarsi che quando esistono delle indicazioni speciali.

4.° L'enucleazione delle glandole retro-peritoneali non può ottenersi che intervenendo per la via addominale, però l'estirpazione di queste glandole non è giustificata nè da fatti storici nè da osservazioni cliniche convincenti.

5.° L'estirpazione dell' utero per via vaginale merita la preferenza su tutti gli altri metodi.

6.° Quando l'organo è molto voluminoso è indicato di frammentarlo.

7.° Nella gravidanza complicata a cancro dell'utero è indicata l'estirpazione per via vaginale. Se la gravidanza è oltre il VII mese non si può togliere il feto coll' operazione cesarea, ed asportare l'utero per via vaginale.

8.° Dopo l'estirpazione totale dell' utero non conviene chiudere la cavità addominale ma è da preferirsi un tamponamento con garza e iodoformio.

9.° Conservando le ovaia la vita sessuale non si modifica dopo l'estirpazione dell'utero.

10.° I risultati remoti dell'estirpazione del cancro del corpo sono molto migliori di quando il cancro ha colpito il collo dell'utero.

11.° L'estirpazione dell'utero deve sempre praticarsi anche quando il cancro è molto avanzato perchè l'operazione porta sempre un sollievo alle ammalate, e ne prolunga la vita.

12.° La mortalità nell'estirpazione vaginale dell'utero può essere ridotta al minimo; in tutti i casi non sorpassa il 20%.

13.° La guarigione radicale (più di 6 anni) nei casi operati dall'A è del 10 %.

CULLEU (di Baltimora). — Pratica l' isterectomia per via vaginale soltanto quando l'ammalata è molto indebolita: in tutti gli altri casi interviene per via laparotomica.

T. JONNESCO (di Bucarest). — Nei casi molto estesi l'O. pratica un intervento palliativo, legatura delle art ipogastriche, delle uterine, delle arterie del legamento rotondo e delle utero-ovariche. L'operazione è completata con un raschiamento accurato dell'utero. In tutti gli altri casi propende per l'isterectomia addominale con dissezione minuta degli organi del bacino, con ablazione completa del tessuto cellulare che li involge e delle glandole linfatiche scaglionate lungo le arterie iliache e l'aorta addominale.

MORISANI limita la sua comunicazione alla coincidenza del cancro uterino e della gravidanza. A seconda della gravità dell'infiltrazione cancerigna si dovrà praticare od un raschiamento del collo, o l'isterectomia per via vaginale, oppure, nei casi gravissimi, l'isterectomia per via addominale praticando nel tempo stesso lo snucleamento delle glandole infiltrate.

FRITSCH crede che la percentuale definitiva delle guarigioni sia del 10 per 100.

VALORE DELLA LEGATURA PREVENTIVA DELLE ARTERIE IPOGASTRICHE NELLA ISTERECTOMIA ADDOMINALE TOTALE PER CANCRO DELL'UTERO.

E. DELAGENIERE. — L'O. afferma che non si hanno sempre dei risultati identici. Alcune volte si ottiene una emostasia perfetta, altre volte l'emostasi manca completamente.

ANDREA BOURSIER preferisce l'isterectomia per via addominale perchè permette l'estirpazione delle glandole e delle operazioni più complete. Oltre di questo la via addominale è indicata quando la vagina è molto ristretta, quando il collo è friabile ed è stato prece-

dentemente amputato. Nei casi inoperabili lo scucchiaiamento è una operazione palliativa che non si deve abbandonare.

L. FAURE è partigiano della isterectomia per via addominale e della legatura temporanea o definitiva dell'arteria ipogastrica. In due casi benchè l'infiltrazione cancerigna fosse molto estesa ha ottenuto un risultato ottimo.

MANGIAGALLI su 127 isterectomie ha avuto 12 morti cioè l'8 per 100. Undici ammalati operati da più di 4 anni non hanno avuto recidiva.

CALDERINI preferisce l'isterectomia vaginale.

REYNIER e LEGUEU scoraggiati dal grande numero di recidive avute coll' isterectomia vaginale praticano sempre l'isterectomia addominale.

BOULLY (Parigi) da una lunga statistica viene alla conclusione che la durata media della sopravvivenza dopo l'operazione è di due anni, e la sopravvivenza più prolungata è di sei anni.

SNEGUIREFF (Mosca) crede che l'inoperabilità sia dovuta alla propagazione del cancro alla vescica, all'intestino, al cellulare, la qual cosa si manifesta con l'immobilità degli organi. Dice che per rendere mobile la vescica non si ha che da introdurre il dito nello spazio di Retzius, e per estirpare i ligamenti utero-sacrali bisogna distaccare posteriormente il peritoneo. Anche BOWREMAN JESSET (Londra) parla sulla necessità del diagnostico precoce per il processo di qualunque operazione chirurgica.

PONEY (Montevideo) dimostra che il beneficio che traggono le isterectomizzate per cancro è illusorio, salvo qualche raro caso.

SPINELLI (Napoli) sino ad ora partigiano dell'isterectomia vaginale non rifiuterebbe di sperimentare la via addominale perchè oggidì dà buoni resultati ed è meglio regolata. Il timore degli innesti possibili durante l'operazione lo condusse a fare come operazione complementare la colpectomia, e di più la resezione del terzo superiore della vagina ed in taluni casi tutta della parete anteriore o posteriore della vagina. Alla forcipressura preferisce la legatura. Propone un ordine del giorno che proclami la curabilità chirurgica del cancro dell'utero; ed è approvato.

Tendini di renna come materiali di sutura in chirurgia. — SNEGUIREFF (Mosca). — Sono elastici, resistenti, riassorbibili, sterilizzabili, e perciò raccomandabili. GOUBAROFF fa vedere le provette destinate a conservarli.

Rapporti matematici dell'uovo con la parete della tromba gravida. — STROGANEFF (Pietroburgo).

Patogenia della gravidanza extra uterina. — STRASSMANN (Berlino).

Le cisti idatiche del legamento largo. — BOUSSIER (Bordeaux). — Narra la storia di due casi.

Importanza ginecologica delle cassule surrenali. — WINCKEL (Monaco). — Sebbene l'importanza loro non sia ancora stata stabilita in un modo certo, queste però sembra che ne abbiano nel feto una grande; lo dimostrano il rapporto con altre malattie od anomalie di formazione.

Il decubito ventrale permanente nella cura della fistola vescico-vaginale. — VITRAC (Bordeaux). — Ho veduti risultati per lo meno incoraggianti, sebbene si trattasse di casi molto sfavorevoli.

Di una nuova posizione ginecologica. — JAYLE (Parigi). — Consiste nella combinazione della posizione ordinaria dello speculum o della cistotomia, e della posizione dorso-sacrale declive. Per ottenere questa posizione basta avere una tavola a bascule, munita di un sistema di spalliera che permetta di mantenere il paziente declive senza attaccare gli arti inferiori che rimangono liberi.

Della malignità della mola idatica. — LA TORRE (Roma). — Riferisce su tre casi personali; dice che bisogna sorvegliare il paziente, ma non estirpare l'utero senza indicazione precisa e chiara. Il prognostico è grave poichè la morte può avvenire per emorragia od ulcerazione delle pareti uterine.

Metodo elettrico per la cura dei fibromi uterini con la scarica di un condensatore di correnti continue. — MONTIER (Parigi). — Assicura la guarigione, fa sparire le emorragie ed i dolori, od almeno senza fare sparire il tumore ne arresta lo sviluppo.

Nuovo metodo di medicature vaginali e periuterine per mezzo di discoidi. — LEGROS (Parigi). — Possono essere composti di varie sostanze e si introducono in vagina.

L'elettrolisi nella cura dei fibromiomi dell'utero. — LA TORRE (Roma). — L'elettricità uterina, polo positivo, uccide i germi infettivi ed eccita la fagocitosi; è emostatica nell'80 % dei casi, e sopprime i dolori nel 90 %; riduce il tumore nel 15 %. I resultati sono permanenti.

Indicazioni e contro-indicazioni della cura cloruro-sodica forte nelle malattie genitali della donna — LAVERGNE (Biarritz). — Ha per base il bagno, e per risorsa coadiuvante le doccie e le compresse di acqua madre. È indicata in qualunque alterazione materiale degli organi pelvici, contro i quali l'azione risolutiva deve razionalmente esercitarsi. È controindicata nei fibromi a evoluzione rapida od emorragica o voluminosissimi o dolorosissimi; nella salpingite cistica, o quando vi è raccolta purulenta in un punto qualunque della regione pelvica.

CURA DEI FIBROMIOMI UTERINI. — MARTIN (Greifswald). — Dice che sono cambiate le idee da quando Duncan nel 1881 non riconosceva nei miomi indicazione all'operazione. Si

pratica questa cura dalla via vaginale quando i miomi sono poco estesi e sono aderentissimi; quelli estesissimi devono essere attaccati dalla via addominale L'operazione dev'essere eseguita precocemente. I piccoli tumori devono essere enucleati quando i tessuti dell'utero sono ancora bastantemente sani perchè la donna possa conservare le funzioni di mestruazione e concezione; altrimenti si deve eseguire l'estirpazione totale dell'utero o l'amputazione sopra-vaginale. Preferisce ancora la legatura delle porzioni da asportare. Sempre bisogna riunire completamente il peritoneo. Inutile il drenaggio e la emostasi preventiva. Si deve possibilmente lasciare un ovaio o porzione di ovaio per evitare i disturbi causati dall'asportazione di quest'organo.

Dimitri De Ott (Pietroburgo). — Dice che il suo processo riduce la mortalità dal 30 °/₀ al 4,3 °/₀. Per i tumori fibrosi, retroperitoneali, considerati per lo più come inoperabili, la cura palliativa non è sufficiente e l'intervento chirurgico diretto rimane l' unico mezzo per salvare i pazienti. Egli, aperto l'addome, incide la parete posteriore del peritoneo parietale, e decortica dopo il tumore; tampona la cavità con una larga striscia di garza, il cui estremo è portato in vescica attraverso il cul di sacco; riunisce poi con una serie di punti i foglietti peritoneali; la sacca cellulare è così isolata dalla cavità addominale: poi chiude le pareti addominali lasciando nella vagina un leggero tampone di garza iodoformica. Dalla via vaginale incide il cul di sacco del Douglas e la decortica con le dita; tampona poi la sacca cellulare; sutura per l'emostasi.

Segond (Parigi). — Patrocina l'isterectomia cervico-vaginale nel *morcellement* dei fibromi del corpo dell'utero. Seziona il collo per tutta la sua altezza da un lato o dai due lati; si ha un' accesso nella cavità del corpo uterino, che si può esplorare, scollare il guscio dei tumori, snuclearli o farne il *morcellement*.

Pozzi (Parigi). — A proposito dei limiti della miomectomia afferma la necessità della cura conservatrice nelle operazioni ginecologiche di qualsiasi specie. Se dalla via addominale è costituita dall' enucleazione intra-peritoneale dei fibromi alla Martin; se dalla via vaginale si suddivide in due processi principali, la sezione vaginale della faccia anteriore del corpo e la sezione bilaterale del corpo seguita da *morcellement* ed enucleazione, perfezionamento questo portato da Péan alla operazione classica di Amussat; ed alla quale è legato detto incremento. Non bisogna ricorrere a queste operazioni che con indicazioni bene determinate, quando cioè giovinezza e desiderio di fecondazione l' impongono. Non ritiene utile nell'isterectomia addominale totale di conservare il collo dell' utero; ciò evita di farne il drenaggio, utile sempre.

Gottschalk (Berlino). — A proposito dei resultati remoti e della indicazioni della legatura delle arterie uterine nei casi di miomi dell'utero dice che dev' essere applicata in taluni casi speciali, come nelle donne esangui e spossate. Bisogna scegliere facendo attenzione all'età dei miomi, all'età della paziente, alla grossezza dei tumori, all'anamnesi.

Délagénière (Le Mans). — Con le legature atrofizzanti delle uterine fatte dalla vagina ha avuti dei buoni risultati

Goulliaud (Lione) — Pur riconoscendo l' isterectomia come metodo di elezione, ha trovati buoni esiti con la forcipressione delle arterie uterine per 24-48 ore, in alcuni casi. Il processo operatorio è il primo tempo di una isterectomia vaginale, ed è una preziosa risorsa alle metriti emorragiche ribelli ed in casi nei quali lo scucchiaiamento rimane senza successo.

Témoin (Bourges). — È partigiano della miomectomia addominale alla Martin per i fibromi di media e piccola grandezza, e quando la donna è giovane, l'utero vien grosso e gli annessi sani.

Monprofit (Angers) — Trova la miomectomia addominale indicata nelle donne ancora giovani e quando, asportati i fibromi rimane un apparato utero-ovarico in condizioni di funzionare normalmente.

Cullen (Baltimora). — Raramente ha eseguita l'isterectomia totale, e conclude che, poichè le due arterie uterine e le due ovariche si anastomizzano le une con le altre non serve legare una sola uterina.

Tuffier (Parigi). — È partigiano assoluto della via addominale, perchè dalla via vaginale si è incerti di avere lasciato qualche fibroma Egli preferisce l' isterotomia mediana o lateralizzata, ma è contrario alle incisioni molteplici. La miomectomia è esclusa quando si ha a che fare con un utero farcito di fibromi. Egli sutura sempre la faccia uterina col catgut, ma non si occupa delle cavità dei fibromi.

La Torre (Roma). — Ritiene i fibromiomi dell'utero tumori benigni, ma la loro malignità è solo clinica e non istologica. I fibromi silenziosi possono essere curati con l'elettricità, la ergotina, le acque termali, la miomectomia. L'isterectomia dev' essere eseguita in un piccolo numero di casi e cioè quando non si può fare altrimenti.

Diagnosi precoce del cancro dell'utero. — Cullen (Baltimora). — Ne riconosce quattro varietà, e cioè carcinoma del collo a cellule squamose, adeno-carcinoma del collo, adeno-carcinoma del corpo, carcinoma del corpo a cellule squamose (rarissimo).

Leopold (Dresda) — A proposito dell'etiologia del carcinoma e dei blastomiceti patogeni afferma che non vi è più dubbio che i blastomiceti possono essere la causa di neoplasmi maligni nell'uomo, e se inoculati dall'uomo all'animale, danno ugualmente luogo ad un neoplasma negli animali, neoplasma del quale deve soccombere il portatore. Egli osservò: 1.° nel cancro dell'ovaio destro furono trovati dei blastomiceti; 2.° si può ottenere delle

culture pure di blastomiceti da questo tessuto carcinomatoso fresco; 3.° l'iniezione di questa cultura pura nei testicoli di un topo permette di scoprire un gran numero di noduli peritoneali, per i quali l'animale soccombe, con una massa di blastomiceti, nei pezzi freschi come nei pezzi induriti; 4.° i blastomiceti prelevati nei noduli recenti darebbero ancora delle culture pure.

Terapia chirurgica del prolasso utero-vaginale. — TERRIER (Parigi). — Divide il prolasso in: 1.° procidenza della sola vagina, suddividendosi in cistocele e rettocele; 2.° procidenza della vagina con prolasso uterino ed allungamento ipertrofico primitivo o secondario della porzione sopra-vaginale del collo; 3.° procidenza dell'utero e della vagina senza ipertrofia del collo. Il chirurgo deve proporsi: 1.° di sostituire alle parti prolassate un punto d'appoggio dalla parte vaginale, vulvare e perineale; 2.° di sollevare e mantenere in alto l'utero: 3.° nel caso anche l'estirpazione totale o parziale dell'utero prolassato (isterectomia). Riassumendo in qualunque prolasso utero-vaginale consiglia per ottenere un buon risultato durevole: 1.° la laparotomia esploratrice, che permette l'esame del bacino, dell'utero, degli annessi, seguita dalla isteropessia addominale anteriore; 2.° La colpo-perineorrafia anteriore e posteriore, con perineorrafia, come operazione necessaria ulteriore, che mantenga il risultato primitivo ottenuto con la fissazione dell'utero alla parete addominale anteriore.

Dell'operazione di Alquie-Alexander-Adams per la cura delle retrodeviazioni e prolassi uterini. — EBERLIN (Mosca). — Viene a queste conclusioni: 1.° di tutti i metodi operativi usati per la cura delle retrodeviazioni mobili del prolasso uterino, il raccorciamento dei legamenti roto di attraverso il canale inguinale è il più razionale, perchè di tutti è il meno pericoloso, e, nel tempo stesso, fa sparire sicuramente e completamente la malattia in questione; 2.° l'operazione riesce sempre con una tecnica ben condotta; 3.° la via più sicura per ricercare il legamento rotondo è di scoprire il canale inguinale; 4.° l'operazione non dà luogo ad alcuna complicanza nè ostacoli per le gravidanze ed i parti ulteriori, e questi ultimi in nulla diminuiscono il risultato operatorio; 5.° quando si ha ben cura di riunire metodicamente nella ferita gli strati sovrapposti, il pericolo di formazione vasomotoria dell'ernia non esiste: 6.° la separazione accurata del legamento rotondo dal cono peritoneale all'orificio interno del canale inguinale è di un'importanza capitale per assicurare il successo dell'operazione e per evitare l'ernia consecutiva; 7.° sarebbe a desiderarsi che gli autori dassero i maggiori ragguagli possibili relativamente ai resultati remoti dell'operazione.

Retrodeviazioni ed isteropexia vaginale. — FOURNIER (Amiens). — Crede che conviene operare con l'isteropessia non appena sia diagnosticata una retrodeviazione uterina.

Processo d'isteropexia addominale mediata per la cura della retroversione uterina. — SPINELLI (Napoli). — Il processo ha i tempi seguenti: 1.° laparotomia mediana, liberazione dell'utero dalle sue aderenze, cura vaginale delle lesioni degli annessi. I legamenti rotondi sono interrotti tra le legature in catgut, a circa 6 cent. dall'utero, mentre che l'altra parte dei legamenti rotondi è suturata con la faccia del legamento largo; 2.° appena che i legamenti rotondi sono ripiegati sulla parete anteriore, sono suturati l'uno all'altro al punto di incisione ed alla parete anteriore dell'utero, con un sopraggitto unico; 3.° il peduncolo funicolo-peritoneale è suturato al peritoneo parietale ed allo strato muscolo-aponevrotico con dei punti di seta. Triplice sutura della ferita addominale.

Cura delle retrodeviazioni uterine col raccorciamento intraperitoneale dei legamenti rotondi. — STANKIEWRIZ (Lodz). — Ritiene che qualunque retroflessione e qualunque retroversione nel periodo attivo della vita sessuale debba essere curata e che il raccorciamento dei legamenti rotondi della vagina sia il processo preferibile.

Sul raccorciamento intraperitoneale dei legamenti rotondi nella cura delle retrodeviazioni uterine. — SCHWARTZ (Parigi) — Crede che il raccorciamento intraperitoneale, sebbene più difficile, più lungo dell'isteropessia, sia l'operazione di elezione tutte le volte che è possibile. HARTMANN (Parigi). — Rigetta tutte le operazioni che non permettono di vedere bene, e quindi preferisce la via addominale. DOLERIS ritiene il raccorciamento dei legamenti dell'addome operazione razionale e fisiologica. Egli lascia: 1.° un peduncolo muscolare elastico all'utero, incapace di mantenere quest'organo in una posizione viziosa e nociva alla parete: 2.° è partigiano dell'inserzione nella ferita, di una parete resistente del legamento rotondo, ma non della ripiegatura. JONNESCO condanna l'operazione di Alexander e ritiene utile la sola via addominale.

Cura del prolasso genitale con la sospensione dell'utero e della vescica alla parete addominale. — LAROYENNE (Lione) raccomanda la cisto-isteropessia che accumula i vantaggi della semplice cistopessia anteriore e della vescico-fissazione. L'importante è la sospensione della parete posteriore della vescica all'utero isteropexico, e per il suo intermediario alla parete addominale.

Cura del prolasso uterino. — KIRIAC (Bucarest). — Raccomanda l'istero-cisto-ventro-pexia. Sull'utero scolpisce anteriormente un lembo di 3 cent. quadrati, che comprende anche il tessuto muscolare; reseca da ciascun lato della ferita una parete corrispondente del peritoneo parietale. La parete posteriore della vescica è riunita alla faccia anteriore dell'utero al disotto del lembo inciso: la parete anteriore della vescica è attaccata alla parete addominale al di sopra della sinfisi.

Nuova cura del prolasso uterino. — INGLIS-PARSANS (Londra). — La operazione consiste nel fare penetrare un ago attraverso le pareti della vagina sino a metà della

parte bassa dei legamenti larghi ed iniettare una soluzione di solfato di chinina che aiuta la formazione delle linfe.

Cura chirurgica conservativa dell'inversione uterina cronica. — SPINELLI (Napoli). — Preconizza la colpa-isterotomia anteriore che non predispone alla retrodeviazione ed alla riduzione e riposizione facile dell'utero. MORISANI usa il processo di Piccoli e cioè apertura del cul di sacco posteriore della vagina dopo disinfezione, fissazione della matrice invertita, incisione nella parete posteriore dell'utero dall'orifizio sino al suo fondo. Ridotta la matrice sutura la ferita uterina e vaginale.

Disturbi della mestruazione in certe malattie dello stomaco. — BOIMONT (Saint-Joire). — Si hanno più specialmente nei casi di dilatazione dello stomaco, per atonia delle pareti, o dispepsia nei neuro-artritici. La cura deve essere diretta contro la malattia principale e non contro la dismenorrea, la menorragia e la metrorragia, che non sono che sintomatiche.

Cistopexia indiretta per raccorciamento dell'aponevrosi ombelico-pelvica. — PETIT PAUL (Parigi). — Scopre l'aponevrosi ombelico-pelvica (od ombelico-vescicale di Delbet), l'incide, e ne stira e fissa i lembi.

Retrodeviazioni uterine. — PONEY (Montevideo). Studia cento casi, ed assicura che non occorre operare i casi nei quali non ci sono adesioni.

Metriti cervicali. — DREDERLEIN (Tubinga). — Le ricerche batteriologiche moderne conducono al resultato che è l'orificio esterno dell'utero che forma il limite fra una parte inferiore degli organi genitali contenente microrganismi, ed una parte superiore che non ne contiene. Microrganismi introdotti naturalmente od artificialmente cessano di vivere e sono distrutti dal muco cervicale alcalino. Dei parassiti patogeni due soli ne penetrano e producono un'inflammazione, e cioè quelli di Neisser e di Kock.

MENDES DE GEON. — (Amsterdam). L'erosione è importante a studiarsi, e le opinioni in proposito sono 1.° che è considerata come perdita di sostanza; disquamazione dell'epitelio pavimentoso in un terreno inflammato (Meyer); 2.° come metaplasia dell'epitelio pavimentoso in epitelio cilindrico coesistente ma non neoformazione glandolare (Ruge e Weit); 3.° come un ectropion istologico congenito ed in parte come una vera ulcerazione del collo (Fischel); 4.° è eguale all'ectropion (Doleris). Ritiene poi 1.° che non conviene nè considerare, nè curare la metrite cervicale come affezione isolata, atteso che nella grande maggioranza dei casi va di pari passo con un'affezione uguale del corpo uterino; 2.° la parola metrite cervicale nella maggioranza dei casi dovrebbe essere sostituita con quella di endometrite cervicale, poichè l'inflammazione della mucosa non coesiste che raramente con una lesione dei tessuti più profondi.

POZZI (Parigi). Conclude: 1.° l'inflammazione acuta o cronica del collo può esistere per lungo tempo isolata e senza invadere il corpo dell'utero. 2.° Talora le lesioni acute della mucosa cervicale si propagano facilmente alla mucosa del corpo, e le lesioni croniche del parenchima cervicale di origine inflammatoria (degenerazione sclerotica, e sclerocistica parziale o totale) reagiranno prontamente sulla nutrizione e lo stato anatomico del corpo uterino intiero. 3.° L'operazione della trachelorrafia è inferiore alla resezione bi-conica del collo, più o meno modificata a seconda delle circostanze. Deve essere abbandonata. 4.° Esiste un gran numero di inflammazioni acute, subacute, o croniche della mucosa cervicale, nelle nullipare, che sono collegate alle ristrettezze dell'orificio esterno ed alla insufficienza del drenaggio che ne risulta. La parte più importante della cura è allora di ricostituire operatoriamente in modo durevole. un orificio sufficiente al collo dell'utero.

Ipertrofie glandolari localizzate al collo dell'utero — BOUILLY (Parigi). — Qualunque sia la forma dell'ipertrofia glandolare localizzata si tratta sempre di un vero poliadenoma, tumore essenzialmente benigno, costituito dalle glandole ipertrofiche e cistiche che riposano su di uno stroma fibroso e separate da striscie di tessuto fibroso. Al di sotto il collo è più duro e più resistente; biancastro, madreperlaceo. La sola cura razionale è l'incisione delle porzioni glandolari ipertrofiche.

PETIT PAUL (Parigi) pensa che l'endocervicite puerperale acuta è collegata ad un endometrite del corpo uterino della medesima natura, ed è curabile collo scucchiaiamento immediato: l'endocervicite blenorragica acuta invece non domanda che di essere lasciata a se per non propagarsi. Se il processo è cronico il metodo distruttivo reclama l'istrumento tagliente od i caustici; ora egli respinge i secondi. Ama meglio vuotare il collo sino allo strato glandolo-muscolare. Fra i topici locali trova utile il lievito di birra, perchè sviluppa acido carbonico, irrespirabile dai microbi aerobi, e perchè si produce un mezzo acido sfavorevole alla cultura dei microbi patogeni.

GASCARD (Parigi) preconizza il metodo **xosmo-endosmatico** che consiste nell'utilizzare il principio biologico che quando due soluzioni sono separate da una membrana semi-permeabile il passaggio si fa da quella nella quale la tensione osmotica è la più elevata a quella nella quale lo è meno, sino a che la isotomia si produca. Bisogna quindi produrre prima ipoisotomia e poi ipercrinia.

MORISANI (Napoli) si eleva contro l'opinione che l'amputazione del collo determini restringimento: se i labbri della ferita cicatrizzano per prima intenzione il restringimento non esiste più.

VIXKALLAH (Beyrouth) è per una cura mista, e cioè 1.° chirurgica con dilatazione dell'utero due o tre giorni dopo le regole, scucchiaiamento, cauterizzazione con permanganato di potassa, lavaggio con acqua sterilizzata e tampone di garza asettica intrauterina; 2.° medica con lavatura al permanganato e lavaggi.

Chaleix-Virie-Hobler (Bordenna) raccomandano il **metilene chimicamente puro e pulverulento** perchè indoloro, non caustico, non tossico, sopprime la metrorragia, menorragia, leucorrea, dolore.

Anatomia patologica e cura della tubercolosi del collo dell'utero — Beyea (Filadelfia) studiò 28 casi e descrive la tubercolosi della porzione vaginale e della porzione uterina del collo. l'ulcerazione tubercolare del collo, l'iperplasia del collo e la tubercolosi migliare. La cura consiste in applicazioni locali e cauterizzazioni. Se è diffusa, conviene la castrazione ed anche l'isterectomia. Vitrac (Bordeaux) accenna alla forma vegetante che simula il cancro.

Tubercolosi primitiva degli organi genitali della donna. — Samuel Bernheim (Parigi) riunisce 80 osservazioni e viene a queste conclusioni: 1.° questa localizzazione bacillare non è rara. Si diagnosticherebbe più spesso se si facesse la ricerca sistematica del bacillo di Kock in qualsiasi secrezione genitale della donna che soffre di malattie uterine. 2.° la tubercolosi primitiva degli organi genitali è frequente specialmente nella donna che è in piena attività sessuale, cioè dai 18 ai 30 anni. Si è pure osservata nelle bambine e nelle vecchie. 3.° Le cause del contagio sono multiple: i rapporti sessuali, le infezioni anteriori come l'ulcera venerea e sifilitica, la blenorragia, il contatto o l'introduzione di corpi estranei sporchi. Certe condizioni individuali la favoriscono. 4.° Il bacillo ha talune preferenze per certe parti degli organi genitali. È così che si riscontra più facilmente questa tubercolosi primitiva in corrispondenza delle trombe e delle ovaie, e più raramente dell'utero e del canale vulvo-vaginale. 5.° Quando un'affezione uterina non presenta l'aspetto francamente inflammatorio, bisogna pensare alla tubercolosi che si diagnosticherà con un insieme di sintomi speciali, e in caso contrario con la prova della tubercolina o la siero-reazione. 6.° La cura sarà chirurgica quando la tubercolosi è associata ad altri microbi e che vi è minaccia di suppurazione. La terapia igienica e dietetica sarà usata con successo nella maggioranza dei casi.

Panniculite, miocellulite e cellulite pelvica. Natura di quest'affezione — Delassus (Lille) dice che è caratterizzata da edema del cellulare, doloroso alla pressione quando ha sede nelle parti profonde ed anche superficiali.

Istereotomia rapida. — Stapler (Vienna). — Crede un progresso la angiotripsia fatta con due pinze speciali inventate da lui. Consistono in due branche separate, che si uniscono ad una delle sue estremità ad una articolazione e che si chiudono all'altra con una forte cremalliera. Hanno una doppia curvatura per adattarsi all'utero ed al bacino. Hagopoff (Costantinopoli) è contro l'angiotripsia; crede la legatura il mezzo più sicuro. Descrive un processo di isterectomia addominale con forcipressura vaginale a permanenza.

Terrier (Parigi) presenta una statistica di 200 operazioni d'isterectomia addominale sopra-vaginale o totale con una mortalità complessiva del 10%.

Succhiamento elettrico. — Forean de Courmelles (Parigi). — È basato sul principio che qualunque punto di epidermide o di mucosa che è leso, congestionato o in rapporto con regioni congestionate, ulcerate, risente più presto che le parti vicine il passaggio di una corrente elettrica anche debole. L'importante è di avere uno strumento esploratore e distruttore.

Mania mestruale. — Wise (Londra) — Crede si tratti di una tensione eccessiva dei vasi del cervello.

Istereotomia totale. — Le Bec (Parigi). — Egli la preferisce anche nei fibromi perchè dà migliori resultati e perchè è più facile la disinfezione.

Jonnesco (Bucarest) ne ha eseguite 114 totali dal 1896 con vari metodi. Negli ultimi due anni ebbe tutte guarigioni.

Contributo alla cura dell'aborto incompleto. — Jorien (Parigi) — Conviene sempre pulire l'endometrio per evitare complicanze dovute ai frammenti placentari.

Cura della nevrastenia muliebre **con estratti ovarici.** — Con le iniezioni ipodermiche ha ottenuto ottimi resultati: inietta da 3 a 5 cent. cubici per serie di 16 a 20.

Chirurgia conservatrice dell'ovaia. — Palmer Dudley (New-York). — Riferisce di un caso di impianto di ovaio nel fondo dell'utero ben riuscito.

Cura operativa delle annessiti. — Hartmann (Parigi). — Sulla base di 281 operazioni conclude non per la limitazione alla castrazione vaginale, ma al suo rigetto assoluto. L'operazione addominale è quella di elezione.

Le operazioni conservatrici mutilanti negli organi genitali interni della donna. — La celiotomia vaginale anteriore può essere considerata come il primo tempo dell'isterectomia vaginale.

Castrazione addominale totale. — Nanu (Bucarest). — L'ha eseguita 45 volte: preferisce la via addominale alla vaginale. Raccomanda la ricostituzione del pavimento peritoneale.

Dell'appendicite nelle affezioni dell'utero e degli annessi. — Délagénière (Massa). — Le ha vedute sopraggiungere nel momento delle regole.

Auto-innesti sotto-cutanei delle ovaia dopo salpingo-ovariectomia. — Mauclaire (Parigi). — L'ha tentato quando l'ovaio era considerato come asettico e quando evidentemente non poteva essere lasciato in vita nell'addome. Ne ha sette casi, ma in quattro furono dovuti togliere le ovaia dopo poco, perchè erano settiche. Le altre tre avrebbero attecchito.

Pozzi (Parigi) crede che si sia esagerato troppo sui disturbi causati dalla cessazione

della secrezione interna delle ovaia. Crede che talora sia dovuta all' utero malato rimasto, o a fili. Non crede all' importanza dell' innesto sotto-cutaneo delle ovaia. MAUCLAIRE dice che ha voluto fare delle prove. BOUILLY è del parere di Pozzi.

JAYLE (Parigi) crede che si debbano conservare solo gli ovai a funzione fisiologica perfetta, che non può essere dimenticata con lo stato fisico e l' esame diretto, ma con un interrogatorio minuzioso.

Della salpingostomia — GOULLIAUD (Lione). — Questa resezione ed innesto gli ha dati dei successi.

Emato-salpingite destra. Mancanza completa della vagina. Laparotomia; asportazione dei due annessi; comparsa delle regole dal retto. — POALTIFF (Smirne) — Caso Clinico

Sulla riparazione delle grandi perdite di sostanza peritoneale nelle operazioni fatte nel piccolo bacino. — AMANN (Monaco). — Il metodo consiste nel rendere mobile e trapiantare il peritoneo vicino o nel trasportare su queste perdite degli organi coperti di peritoneo.

Non ha veduti mai accidenti in più di 50 casi.

Nota sulle laparotomie secondarie. — HIRION (Bucarest). — Su 155 laparotomie ha avuti tre casi di peritoniti post-operatorie, e nelle quali la laparotomia secondaria fu utile. Insiste sul lavaggio del peritoneo al sublimato con una soluzione di sublimato un grammo, acqua distillata un litro, alcool 60 grammi.

L'angiotripsia nelle operazioni addominali. — CABALLON (Buenos-Ayres). — Crede 1.° che l' angiotribo di Taffier è uno strumento di manovra facilissima, 2.° che produce l'emostasi perfetta nelle operazioni addominali, 3.° che non deve temersi l'emorragia secondaria perchè quando il resultato non è soddisfacente l'emorragia si produce immediatamente, 4.° che l'angiotripsia deve preferirsi a tutti gli altri metodi di emostasi.

Cura delle infiammazioni utero-annessiali con acqua a 60° centigradi. — SUAREZ DE MENDOZA (Madrid). — Bisogna non toccare la pelle, e l'acqua è ben sopportata dalla mucosa. Conviene che continui per dieci minuti. Bisogna appoggiare la cannula sulla forchetta.

Nuova tavola da operazione. — STAPLER (Vienna). — Presentazione.

Porta caustico intra-uterino. — HARTMANN (Parigi) Presentazione.

Pinzetta porta laminaria e porta lapis intrauterini. — DARDEL (Parigi). — Presentazione.

Nuovo divaricatore addominale applicabile a tutte le laparotomie. — JONNESCO (Bucarest). — Presentazione

Cucchiaia uterina. — BOWLER. Presentazione.

Sezione di Chirurgia Infantile

L'operazione cruenta nella lussazione congenita dell' anca. — A. HOFFA (Würzburg). — 1.° In tutti i casi di lussazione congenita dell'anca si deve tentare la riduzione incruenta. L'operazione è riservata ai casi in cui la riduzione incruenta non è riuscita.

2.° Nei casi di intervento cruento si deve riporre la testa femorale in una cavità formata di nuovo col processo « Hoffa-Lorenz ».

3.° L'operazione tipica dell'Hoffa-Lorenz dovrà farsi dai 3 agli 8 anni.

4.° Nell'operazione tipica di Hoffa-Lorenz si dovrà sempre rifare la cavità cotiloide.

5.° L' operazione tipica non dovrà essere fatta che da chirurghi sicuri dell' asepsi.

6.° Il pericolo principale dell'operazione consiste nell'infezione settica.

7.° La ferita non sarà suturata.

8.° All'operazione debbono seguire la giunastica ed il massaggio.

9.° La durata media del trattamento è di 4 mesi.

10.° Dopo l'operazione non si ha nessun ostacolo all'accrescimento del bacino.

11.° Nelle lussazioni unilaterali sugli ammalati che hanno passato il decimo anno è da raccomandarsi l'*osteotomia sottotracànterica trasversale* (Kirmisson) od obliqua (Hoffa). In questi casi l' osteotomia è da preferirsi alla riposizione cruenta della testa femorale, senza formazione della cavità.

LORENZ (Vienna). — La cura incruenta che è merito di Paci avere messa in onore è da preferirsi alla cura cruenta che dà una mortalità dal 2-10 p. %. Oltre di questo con una certa frequenza si hanno delle anchilosi e delle contratture post-operatorie che richiedono un trattamento lungo e penoso. Infine la lesione o l'estirpazione della cartilagine che costituisce il fondo della cavità cotiloide può essere seguita da un restringimento del bacino per arresto di sviluppo dell'osso.

L'O. dà pochissimo valore al trattamento meccanico cogli apparecchi portatili; ed è partigiano nei soggetti dai 3 agli 8 anni, della riduzione incruenta sotto narcosi.

KIRMISSON facendo notare gli insuccessi che si hanno sia col trattamento cruento che coll'incruento propone di cominciare la cura della lussazione congenita all' età di 18 mesi a 2 anni, non permettendo all'affezione ossea di aggravarsi.

La cura consiste dapprima nell' applicazione di un apparecchio a trazione continua,

e successivamente nel mantenere i vantaggi ottenuti coll' applicazione di un apparecchio di protesi che mantenga l'arto in leggiera abduzione.

L'O. crede che con un intervento precoce si renderà sempre meno necessaria la riduzione sottonarcosi, e la riduzione cruenta.

FROELICH (Nancy) presenta le osservazioni di 20 ragazzi, ai quali ha fatta la radiografia. Le misurazioni gli hanno sempre permesso di constatare un' atrofia molto accentuata del cotile. Il metodo di Lorenz nella maggioranza dei casi dà delle trasposizioni. In molti casi si ha realmente un resultato funzionale vantaggioso.

RÉDARD pensa che il metodo Lorenz dà delle trasposizioni, ma spesso resultati funzionali soddisfacenti.

BROCA e MOUCHET non credono utile ricorrere alla modificazione del metodo Lorenz, proposto da Ducroquet. La vera riduzione è eccezionale. Nella metà dei casi si ottiene un buon resultato funzionale

CALOT si loda del metodo cruento: quello di Lorenz gli ha dati dei miglioramenti.

DUCROQUET pensa che l' obiettivo di qualunque cura deve essere la retrazione della cassula, immobilizzando l' anca in modo assoluto mercè un apparecchio che impedisca la rotazione della gamba e per conseguenza che comprenda anche il ginocchio. La trasposizione non è che un insuccesso, un semi-resultato. L' età più favorevole al suo processo è verso i cinque anni: dopo sei anni è impossibile la riduzione.

La cura del male di Pott. — BRADFORD. — Il raddrizzamento brusco e forzato secondo il metodo del Calot è ora completamente abbandonato per i gravi pericoli che porta. La riduzione col metodo dolce e la legatura apofisaria proposta dallo Chipault non presenta dei grandi vantaggi sopra il metodo del Sayre poco complicato ed efficace

BROCA e MOUCHET non hanno avuti che insuccessi: il raddrizzamento non si mantiene. PIÈCHAUD, PHOCAS, DESCHAMPS e DUCROQUET sono del medesimo parere. Vi è però solo qualche eccezione per i mali di Pott lombari, per i quali bensì si sa che qualunque cura ne intralcia il decorso. RÉDARD è fra i pochi che pare abbiano avuti resultati soddisfacenti.

CALOT presenta qualche fotografia, ma nessuna statistica, nè malati.

CHIPAULT pensa che la legatura apofisaria dopo la riduzione ed applicazione di un busto nella posizione della testa abbassata alla Levassort è il metodo di elezione.

Indicazioni terapeutiche nell'appendicite. — JALAGUIER. — L'appendice ileo-cecale ammalata deve essere resecata. L' operazione deve praticarsi a *freddo* vale a dire quando i fenomeni di infezione generale sono scomparsi, e le lesioni locali hanno perduta ogni loro virulenza. Questa indicazione generale non ammette eccezioni.

La dottrina seducente e comoda dell'intervento precoce e sistematico appena stabilita la diagnosi, è da rigettarsi. L'osservazione prova che generalmente le crisi acute d'appendicite si risolvono e si localizzano quando sono trattate coll'immobilità, la dieta assoluta, il ghiaccio ed il riposo.

Le manovre operatorie turbano questa evoluzione favorevole, spossando le forze dell'organismo che lottano per limitare ed eliminare gli agenti rispettivi. Non è raro vedere che in casi apparentemente leggieri, l'operazione è seguita da accidenti formidabili, dovuti alla soppressione della funzione eliminatrice del fegato e dei reni. Questo avviene perchè la crisi di appendicite non è spesso che una manifestazione d'infezione generale.

L'esperienza dimostra che la sorveglianza attenta dell' ammalato, l'analisi minuziosa dei sintomi durante la crisi di appendicite acuta, permette di distinguere i casi, del resto poco frequenti, che reclamano un intervento immediato. Come nelle peritoniti generalizzate, o nelle raccolte suppurate circoscritte che non possono più essere riassorbite.

Nella forma diffusa di peritonite settica, vera intossicazione generale nella quale la reazione peritoneale passa in seconda linea; l'intervento è quasi fatalmente seguito da morte. L'intervento del periodo acuto deve limitarsi ad evacuare i prodotti settici, ed a stabilire un ampio drenaggio. In quanto all'appendice non conviene estirparla che se si scopre facilmente. La via d'accesso è la laparotomia laterale. In quanto alle raccolte lombari, periepatiche, meso-celiache e pelviche queste si raggiungeranno con incisioni, la cui sede sarà determinata dalla posizione dell'ascesso.

Oltre a questi casi nei quali non si può evitare l' intervento *a caldo*, ve ne hanno altri in cui bisogna intervenire presto perchè scomparsi i fatti infiammatori acuti, non si ha la risoluzione completa, ma bensì delle recrudescenze che si seguono ad intervalli più o meno vicini.

L'intervento *a freddo* è indicato senza discussione nell' appendicite a ripetizione, nell'appendicite cronica che succede a parecchie crisi di appendicite acuta, e nell'appendicite cronica fin dall' insorgere. Nella maggior parte dei casi la resezione dell' appendice basta per guarire l' ammalato. In qualche caso inveterato può essere necessario di completare l' operazione, distruggendo delle aderenze o delle briglie, liberando delle anse intestinali deviate o gomitate, resecando l'epiploon affetto da infiammazione cronica.

I risultati dell'intervento sono soddisfacenti: le turbe dispeptiche e gli accidenti d'infezione cronica, che caratterizzano questa forma scompaiono in un modo completo.

ROUX dice che la più urgente delle indicazioni è di sapere ciò che non si deve fare. Non purgativi, ma clisteri. Si eviterà il trasporto dei malati. Si procurerà l'immobilizzazione dell' intestino con l' oppio per la via rettale, o con iniezioni di morfina. Dieta assoluta e prolungata: calmare la sete con clisteri di acqua salata.

Applicazioni prudenti di ghiaccio. Operare a freddo dopo la prima crisi: e ciò anche nelle coliche appendicitiche. La operazione sarà decisa tenendo conto delle indicazioni precise Se la diagnosi è certa e siamo entro le prime 36 ore l'operazione è poco grave e si può tentare subito: lo stesso quando vi fu precedentemente un altro accesso. In casi contrari conviene aspettare. Perciò il quarto giorno si ha un essudato abbondante perchè si ha sempre un focolaio purulento ogni qual volta sorge l'idea di un'operazione: conviene operare a freddo a meno che la febbre persista, con dolore ed aumento dell'essudato, polso rapido e faccia sparuta. Le indicazioni tratte dall'analisi delle orine e della leucocitosi non sono abbastanza nette nè fedeli per essere utilizzate.

Un'abbondante secrezione orinaria è di buon augurio. L'apertura e la neutralizzazione dell'ascesso è lo scopo immediato assai più dell'escisione dell'appendice. Questa sarà asportata se si presenta facilmente. L'operazione in due tempi è solo di necessità.

Contributo allo studio del raddrizzamento forzato successivo alla scoliosi. — MANCIERE (Reims) dice che il raddrizzamento forzato è senza pericoli e dà buoni resultati ma bisogna che le scoliosi non siano troppo antiche, troppo accentuate. Occorre che i raddrizzamenti siano successivi e periodici, eseguiti con macchine fornite di dinamometri e che permettano di ottenere progressivamente allungamento e detorsione della spina. Un tutore leggero, massaggio e movimenti contribuiranno a mantenere il resultato.

Terapeutica della scoliosi. — CHIPAULT pensa che il metodo migliore sia la riduziode con immobilizzazione in buona riduzione. Gli apparecchi detti ortopedici, pesanti, costrittori, non sostenitori, debbono essere sistematicamente abbandonati: non sono mai utili e spesso nocivi. Nella scoliosi degli adolescenti si applicherà la sospensione per i piedi, con corsetto gessato ben modellato, molto alto, spaccato ed allacciato: (od inamovibile se la deformità toracica sarà leggera). Se si tratta di casi gravissimi prima conviene procurare un po' di riduzione con il suo apparecchio; e gli apparecchi si cambieranno ogni 15 o 20 giorni: l'apparecchio amovibile si collocherà solo dopo due anni. La cura è terminata quando l'anchilosi patologica che le sue prime tappe hanno distrutta, è stata sostituita da un'anchilosi terapeutica in buona posizione, solida e molle. La fissazione apofisaria supplirà a questa anchilosi. Nella scoliosi infantile alla fase acuta, febbrile, si applicherà con la testa in basso un corsetto gessato inamovibile, che calmerà rapidamente i dolori ed in cinque o sei mesi permetterà di ottenere un'anchilosi in posizione soddisfacente: nella fase cronica con anchilosi in cattiva posizione la cura sarà la stessa che nei casi gravi di scoliosi degli adolescenti con la differenza che l'anchilosi distrutta ha tendenza a riprodursi con rapidità. Perciò sorvegliare i corsetti.

Due casi di tumori maligni nell'addome di fanciulli. — ALBERT (Mills). — Sono due casi, uno di tubercolosi dell'epiploon curato con successo; ed uno di sarcoma rapido degli adolescenti, nel quale l'intervento fu susseguito da morte.

Cura della lussazione bilaterale dell'anca. — MAUCLAIRE pensa che sia meglio eseguire le due operazioni nel tempo stesso.

RENDICONTI DI ACCADEMIE E SOCIETÀ

Italia.

ASSOCIAZIONE MEDICO-CHIRURGICA DI BOLOGNA.

Seduta del 5 *luglio* 1900. — **BERTI presenta la storia di un caso di** *adenoma cistico del tenue trovato in una bimba di 30 giorni* **interessante per l'età del soggetto e perchè si trattava di neoplasma e non di prodotto teratologico.**

Francia.

ACCADEMIA DI MEDICINA DI PARIGI.

Seduta del 28 *agosto* 1900. — **GRANCHER parla sulle** *difficoltà dell'ablazione della canula nella tracheotomia* **a proposito di una comunicazione di MOURE. Si è invocato lo spasmo glottico, la paralisi dei dilatatori, le granulazioni come causa di questa. Moure crede che ciò accada nelle tracheotomie alte per la pericondrite che avviene e consecutiva immobilizzazione delle articolazioni crico-aritenoidee. È per questo che deve incidersi**

il primo od il secondo anello tracheale, e si lascierà la canula il meno possibile. Se vi sono accidenti di stenosi la tracheotomia dovrà essere bassa, in caso si farà l'intubazione e la dilatazione.

RIVISTA DEI GIORNALI DI CHIRURGIA

Il Policlinico Sezione chirurgica n. 16, 18 Agosto e Settembre 1900.

D. Marcantonio Torrisi. — *Studi sperimentali sui corpi mobili delle articolazioni.* (Lavoro in corso di pubblicazione).

Prof. Ernesto Tricomi. — *Contributo clinico alla gastroenterostomia.* È un contributo a questo importante argomento.

L'A. ha eseguita 73 volte questa operazione.

31 per ulcera gastrica in corso d'evoluzione;
3 per ulcera semplice duodenale;
2 per ulcera semplice con gastrorragia;
1 per perforazione gastrica da ulcera semplice;
1 per perigastrite adesiva;
16 per stenosi cicatriziale pilorica;
6 per gastrite cronica e gastrectasia;
1 per invaginamento cronico del digiuno;
9 per cancro dello stomaco;
2 combinate per resezione gastrica anulare.

In quanto al metodo operatorio l'A. dà la preferenza al processo ad Y del Roux. 15 volte praticò la sutura a due piani sopra un sostegno cilindrico cavo di patata, 58 volte applicò i bottoni del Murpky. Su questi 58 casi ebbe due morti dovute all'uso del bottone perchè la necrosi del cercine oltrepassò i limiti del bottone e ne seguì peritonite acuta da perforazione. In un altro caso non riuscendo ad incastrare le due metà del bottone dovette rimuoverle resecando una porzione dell'ansa afferente, ed applicando le due metà di un altro bottone. In complesso l'A. si mostra soddisfatto dell'uso del bottone. La mortalità complessiva nelle 73 gastroenterostomie eseguite è del 10 per cento.

Meritano menzione alcuni casi clinici: quali un caso di invaginamento cronico del digiuno, e due di resezione anulare mediana dello stomaco seguiti dalla gastroenterostomia. Risulta chiaramente da questo lavoro come la gastroenterostomia tenda a sostituire quasi tutte le operazioni che si praticano sul ventricolo (divulsione del piloro, piloroplastica, resezione del piloro, gastroplicatio).

Lorenzo Sainati. — *Di un caso di mancanza del gran pettorale osservato sul vivente.* Con questo dell'A. i casi di mancanza del gran pettorale fin qui descritti salgono ad otto.

D Urso. — *Le operazioni conservative nei neoplasmi maligni delle ossa.* (Lavoro in corso di pubblicazione.

Giannettasio. — *Contributo alla fisiopatologia del fegato. La secrezione biliare nei cani operati di fistola d'Eck.* I cani portanti una doppia fistola, presentano diminuzione nella quantità di bile secreta, la quale diventa allo stesso tempo un po' meno ricca in acidi biliari, e con ogni verosomiglianza, anche in sostanza colorante biliare. Adunque, se quando i cani venivano tenuti a dieta mite, e apparivano in condizioni discrete di salute si notò già una limitazione nell'attività specifica propria della cellula epatica è logico supporre che questa limitazione si renderà molto più pronunciata du-

rante l'intossicazione con dieta carnea o con occlusione intestinale. La mancata azione del fegato dovrà necessariamente ripercuotersi sugli altri organi e di preferenza sul rene come sostennero Bozzi e De Filippi.

TORRISI MARCANTONIO. — *Studi sperimentali sui corpi mobili delle articolazioni.* Il corpo mobile tende a scomparire, specialmente se non peduncolato : mai aumento di volume. La cartilagine è assorbita dalle granulazioni per compressione diretta o per corrosione, dopo la necrosi degli elementi cellulari. Non si verifica trasformazione del tessuto fibroso in cartilagineo. È il tessuto fibroso delle vegetazioni della sinoviale che ha una grandissima importanza nell'assorbimento dei corpi articolari traumatici.

MAZZINI, VOLPE. — *Un caso di costole congenitamente incomplete con pneumocele.* Caso clinico.

Annals of Surgery. n. 3, Settembre 1900.

LEWIS A. SIMSON. — *Cubito raro ; o deformità del Gunstock consecutiva a frattura dell'estremo inferiore dell'omero.* Studia le varie posizioni, e crede che la flessione ad angolo retto sia molto opportuna.

ALFRED WOOD. — *I resultati della castrazione e vasectomia nell'ipertrofia della prostata.* Sono 159 casi di castrazione, 193 di vasectomia, dai quali certamente si rileva non essere straordinariamente soddisfacenti i resultati.

GEORGE WOOLSEY. — *Massaggio nella cura delle fratture recenti periarticolari.* Ha avuti buoni resultati.

WILLIAM TAYLOR. — *Resezione del polso con una modificazione del metodo di Mynter.* È la storia di un caso clinico seguito da ottimo resultato.

WILLIAM MAYO. — *L'orificio ileo-cecale e sua azione nella costipazione cronica con riguardo a due casi seguiti da operazione* Si trova ristretto.

PRAMIS HARRIAGTON. — *Ernia della vescica dal tavolato pelvico per trazione di un fibroma sottoperitoneale.* Caso clinico.

SIMON PENDLETIX KRAMER. — *Influenza dell' anestesia ed effetti prodotti nella circolazione e respirazione per irritazione del nervo sensorio.* Dimostra che si ha shock vasomotorio.

FREDERIC J. COTTON — *Patologia della frattura dell'estremo inferiore del radio.* Studio accurato del soggetto.

ALEXIS MOSCHCOWITZ. — *Del Tetano.* Lavoro in corso di pubblicazione.

Revista de Chirurgie n. 9, Settembre.

BOTTEZAT. — *Artrodesi articolare scapolo omerale nella cura della lussazione paralitica dell'omero.* Ne dimostra l'utilità e la non gravità.

BALNESSERA. — *Un caso di malattia cistica della mammella.* Caso clinico

Revue de Chirurgie. n. 9, Settembre 1900.

Contiene il resoconto delle Sezioni di Ginecologia e Chirurgia generale. del XIII Congresso Internazionale di Medicina e Chirurgia a Parigi.

Archives Provinciales de Chirurgie n. 8 Agosto.

DÉLAGÉNIERE. — *Dell'appendicite.* Sulla base di una serie di osservazioni l'Autore fa la storia di quest'affezione.

JUVARA. — *La sutura della parete addominale mercè l'imbricazione dei piani muscolo-aponevrotici.* Fa la sutura ad anse, e procura che gli strati si sovrappongano in modo da avere una maggiore resistenza della parete, per impedire le ernie, e la rilassatezza dei tessuti.

Annales des Maladies des Organes genito-urinaires, n. 9 settembre.

LANNERAUX. — *Emorragie nevropatiche degli organi genito-urinari.* Esistono negli organi urinari dei due sessi e negli organi genitali della donna indipendentemente dalle emorragie legate ad un disordine materiale delle emorragie dipendenti da un disturbo di innervazione. Relativamente frequenti nei nevropati, queste emorragie, sopravvenendo in generale in conseguenza della fatica e delle forti emozioni forniscono al pratico delle in-

dicazioni speciali che consistono, dopo avere moderato il flusso sanguigno di rivolgersi al sistema nervoso. È allora che la chinina di cui una delle proprietà essenziali è di favorire la contrazione dei piccoli vasi, diventa utile come l'idroterapia, questo grande modificatore del sistema nervoso.

WOSSIDLO. — *Un nuovo strumento per l'operazione dell'ipertrofia della prostata col metodo del Bottini.* È la combinazione *dell'incisore galvano caustico del Bottini e del cistoscopio.*

ALBARRAN. — *Neoplasmi primitivi del bacinetto e dell'uretere.* (In corso di pubblicazione).

DELBET. — *Tubercolosi dei testicoli. Castrazione doppia, guarigione, piccola recidiva differenziale* (Caso clinico).

Annales de Gynecologie et d'Obstetrique, luglio e agosto 1900.

Contiene il Rendiconto del XIII Congresso internazionale di Medicina e Chirurgia a Parigi. Sezione di Ostetricia.

Revue d'Ortopedie, n. 5, settembre 1900.

CODIVILLA. — *Dell'importanza del trapianto dei tendini e della sua azione sulla paralisi spasmodica dell'infanzia.* Crede che il trapianto dei tendini nella paralisi spasmodica non manifesti soltanto la sua efficacia correggendo in modo permanente la deformità ed in taluni casi rendendo all'articolazione paralizzata dei movimenti attivi che non erano possibili prima dell'operazione, ma ha pure una buona influenza sullo spasmo. È specialmente nelle articolazioni periferiche degli arti che i rapporti anatomici si prestano meglio al trapianto dei tendini.

SCHWARTZ. — *Esostosi osteogeniche multiple.* Vi era una esostosi o meglio iperostosi sopra-malleolare interna che aveva prodotto un piede valgo; ed il raddrizzamento del piede era stato ottenuto dopo la resezione cuneiforme sopra-malleolare.

LOISON. — *Le fratture del metatarso per cause indirette od a distanza.* Le conclusioni sono le seguenti: 1.° le fratture complete od incomplete che avvengono su uno o più ossa del metatarso sono molto meno rare di quello che non si credeva; 2.° la radiografia fornisce un'assistenza preziosa alla clinica per diagnosticare la frattura incompleta e stabilire la forma e la situazione esatta dei frammenti come pure l'estensione dei guasti nelle fratture complete ed incomplete; 3.° le fratture del metatarso da cause indirette riconoscono due meccanismi principali: la flessione esagerata dei metatarsi nel piano verticale, o nel piano trasversale: in taluni casi questi due meccanismi possono combinarsi, la forza traumatizzante agendo allora secondo una direzione obliqua.

BERNARD. — *Doppio ginocchio varo e doppio piede piatto valgo dei più pronunciati in un uomo di 32 anni.* Caso clinico.

KIRMISSON e HARS. — *Meningocele della regione occipitale estirpato e guarito in una bambina di sei settimane.* Vi erano due zone successive e ben differenti fra loro; una esterna cutaneo-fibrosa, ed una interna essenzialmente nevroglica e plessi coroidei.

MORESTIN. — *Le amiotrofie d'origine articolare.* Rivista sintetica.

Centralblatt fur Chirurgie, n. 35, 36, 37, 38, 39.

SYHOFF. — *Sulla plastica ossea del mascellare inferiore.* È la storia di un caso nel quale venne fatto il trapianto di un pezzo di osso provvisto di periostio per riparare alle perdite di sostanza di una resezione.

KONIG. — *Asepsi delle mani? Operazione senza diretto contatto della ferita con le dita e le mani.* Raccomanda l'uso di pinzetta e di strumenti.

CHLUAMSHY. — *Il ristabilirsi della mobilità dell'articolazione nell'anchilosi.* Sono quattordici casi, nei quali, previa narcosi, furono tolti tutti i legami che mantenevano fissa l'articolazione, resecate le estremità ossee, fissate

poi a queste delle piastrine di celluloide, argento, zinco, gomma, latta, ecc. e applicate poi ferule speciali leggiere, e consigliati movimenti.

KOSSMANN. — *Sull'azione del chirolo.* È una serie di esperienze, dalle quali conclude per la sua virtù nella sterilizzazione delle mani.

KUHN. — *Il principio del sondaggio indiretto.* È una sonda a spirale, che s'introduce nell'intestino dal retto, e attraverso il piloro dalla via dello stomaco.

Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Band 56 Heft 3-4 5 6 luglio agosto 1900.

IX. STIEDA — I. *Considerazioni sulla cosidetta occlusione intestinale arterio mesenterica nel limite digiuno-duodenale.* Se ne occupò Albrect negli Archivi di Virchow (Vol. CLVI). Il caso in parola fu diagnosticato alla necroscopia, ed il gaziente era stato operato pochi giorni prima di colecistotomia. Crede che l'atonia gastrica avvenuta in conseguenza di un atto operativo spinga in basso la massa intestinale e da ciò l'occlusione per incarcerazione mesenterica del duodeno. Conviene esaminare lo stomaco, mantenere la nutrizione per il retto, ed occorrendo fare la gastroenterostomia. II. *Flemmone gastrico consecutivo a gostroenterostomia* È raro e se esiste è conseguenza di infezione come nel caso attuale che susseguì ad un'operazione in una ragazza di ventitre anni. In questo caso il flemmone insorse dai margini dell'ulcera carcinomatosa. III. *Ernia crurale nel grande labbro.* Era in una donna di 54 anni, e fu fatta l'operazione alla Bassini. Il fatto è raro.

X. KOLTZE. — *Estirpazione completa della lingua e del pavimento buccale.* Eseguita pel primo da Rose, venne pure compiuta da Holtze. Per Scläpfer la mortalità è del 25 %. Si esegue con l'écraseur per evitare forti emorragie. La deglutizione e la fonazione rimangono inceppate.

XI. BÖTTICKER. — *Sull'epatopessia.* Il fegato ambulante descritto da Cantani nel 1866, fu poi illustrato da Terrier ed Auvray ed altri; i quali tutti tre ritengono la causa essere traumatica. Si diagnostica per la intumescenza in situazione abnorme, il suono timpanico nella regione epatica e la spostabilità del tumore. Riescono inutili i bendaggi, e conviene l'epatopessia, raccomandata pel primo da Michl di Praga e non da Gérard-Marchant come disse al Congresso di Mosca. Lo seguì il Langenbuch. Il Bötticher ne ha raccolti 23 casi che aggiunti ai tre del Poppart fanno 26. I più usano la seta per materiale di sutura; i punti sono molteplici, fino a nove. Il Delagenière usa un processo simile a quello del Guyon per il rene mobile. I punti si fissano alle pareti addominali od alle cartilagini. Il Péan involgeva il fegato in una specie di sacco sieroso artificiale preso dal peritoneo parietale. Il Legneau prende due fili, che introdotti dal margine superiore del fegato comprendono nell'ansa il lobo ptosico ed escono dallo stesso livello del punto d'ingresso. Il Depage escide anche una porzione di parete addominale esuberante: e Terrier ed Auvray tanto la raccomandano che dicono essere l'epatoptosi un'operazione secondaria.

XII. VIEMANN. — *Di un caso di emorragia meningea, ed osservazioni sulla tecnica dell'apertura del cranio.* In nove mesi ne osservò sei casi appartenenti al Wagner. Sintomatologia confusa e per ciò diagnosi difficile. Causa traumatica. Si frena l'emorragia, ma si produce un ematoma e da ciò i disturbi da compressione e la necessità dell'intervento per allontanare i grumi e frenare l'emorragia. Per questo occorrono larghe breccie senza ledere la dura madre e servono a questo la sega del Doyen e quella del Gigli, o scalpelli incavati a doccia.

XIII. BLECHER. — *Contributo alla cura chirurgica dell'enteroptosi.* Accenna alle varie ptosi viscerali. Duret nel 1897 curò chirurgicamente quella dello stomaco, ed a lui fecero seguito il Rousing e l'Hartmann, il Bier. Adesso il Blecher cita quattro casi di ptosi del ventricolo, curati chirurgicamente

alla Bier e con successo; e cioè fissando la piccola curvatura dello stomaco al legamento gastro-epatico, oppure alla capsula ed al margine del lobo sinistro del fegato.

XIV. Kredel. — *Mancanza congenita dei muscoli del collo.* È anomalia rara, e più rara in questo caso perche diagnosticata in vita la mancanza dei muscoli sterno-cleido-mastoidei e mascellari.

XV. Frank. — *Un nuovo metodo di cura dell'estrofia della vescica.* Consiste nell'innesto della vescica nel retto merce un bottone assorbibile. Lo ha provato in quindici casi con successo.

XVI. Schmidt. — *Sulla opportunità della chirurgia addominale nelle case private.* Ne cita 60 casi con 44 guarigioni, e 16 morti di cui solo 5 in conseguenza dell'atto operativo.

XVII. Lichtnauer. — *Sulla cura della frattura della rotula con apparecchi ad estensione permanente.* Casuistica.

XVIII. Fischer — *L'osteomielite traumatica purulenta del cranio* (Lavoro in corso di pubblicazione).

XIX. Rose. — *L'ernia vaginale anteriore.* Era un caso di ernia acquisita prodottasi pel distacco della vescica dall'utero durante la gravidanza. Nel sacco vi era l'utero gravido.

XX. Müller. — *Della dilatazione gastrica acuta post-operatoria consecutiva a compressione arterio-mesenterica del duodeno.* E rara, e può cagionare morte durante la narcosi cloroformica. Kelynach, Alba. Cahn, Meyer pensano che si tratti di causa nevropatica sia centrale sia periferica: Riegel di una paralisi muscolare dello stomaco conseguenza probabile di peritonite. Il Riedel accennò a distacco di aderenze quando si aveva la morte durante la narcosi.

Il Kundrat, lo Schnitzler, l'Albrecht pensarono ad incarcerazione intestinale integra e quindi distacco del duodeno al limite duodeno-digiunale a causa dell'arteria meseraica anteriore. Albrecht ne ha descritto 19 casi di cui 6 da narcosi: un 7° lo descrisse il Riedel, e 4 il Müller con due morti. La sintomatologia è il vomito abbondantissimo, per lo più biliare, bianco-grigiastro o carminio e privo di caratteri fecali. Stasi fecale e gazoza: sete; polso alto; temperatura normale. Sempre dilatazione del ventricolo. Alla necroscopia si trova dilatazione dello stomaco e duodeno, vuoti e contratti gli intestini. Poco si sa sulla patogenesi.

XXI. Tietze. — *Il cistadenoma della mammella ed i suoi rapporti col carcinoma della mammella stessa.* Si distingue il cistadenoma dello Schimmelbusch da quello intracanalicolare.

Nel 10 $^0/_0$ dei casi il cistadenoma diventa carcinoma, e ciò dimostra come vi sia una speciale lesione dell'epitelio affine al carcinoma.

Nella forma intracanalicolare gli epiteli proliferano, ma non si accumulano: si formano dei rigonfiamenti villosi, tuberosi, che si provvedono di una intelaiatura connettivale, nella quale sporge l'epitelio ancora capace di accrescimento.

XXII. Könitzer. — *Gli echinococchi multipli del fegato.* È la storia di un caso, nel quale vi erano cinque vesciche divise in due gruppi. Uno nel segmento sinistro del fegato formato da due vesciche, che guarì con la laparotomia in due tempi: uno che guarì con l'incisione dalla via peripleurica.

XXIII. Tenderich. — *Una nuova proposta per la cura delle fratture della rotula antiche non guarite.* I prolungamenti tibiali del quadricipite li sutura ai lembi della capsula.

XXIV. Heinricius. — *Sul lipoma retroperitoneale.* Ne dà una completa descrizione.

XXV. TENDERICH. — *Dell'occlusione durante la gravidanza.* Caso clinico.

XXVI. SCHLEICH. — *Nuovi metodi di cura delle ferite.* Rivista bibliografica.

Archiv. für klinische chirurgie. Band, LXI, Heft II.

XIII. CZERNY. — *Sulla cura dei carcinomi inoperabili* (V. Clinica Chirurgica, XXIX Congresso dalla Società tedesca di chirurgia tenutosi in Berlino del 18 al 21 aprile 1900, pag. 375).

XIV. KRÖNLEIN. — *Sui risultamenti dell operazione del carcinoma, del retto* (V. Clinica Chirurgica, pag. 375).

XV. SCHUCHARDT. — *Sulla cirrosi del retto e del colon discendente nel carcinoma, nella sifilide e nella tubercolosi e sua importanza per l'estirpazione dei tratti pelvici dell'intestino crasso* (V. Clinica Chirurgica pag. 376).

XVI. TAUBEK. — *Cefalocele basilare in una donna trentenne.* Caso clinico riguardante l'associazione d'un cefalocele sfeno-orbitale, sfeno-mascellare e sfeno faringeo.

XVII. SFRUBE. — *Sul farcino nell'uomo.* Espone la malattia sotto tutti i punti di vista, etiologici, patologici, diagnostici, ecc.

XVIII. KÖRTE. — *Osservazioni sulla cura operativa dei tumori maligni dell'intestino crasso.* (V. Clinica Chirurgica, 376).

XIX. SARWEY. — *Ricerche sperimentali sulla disinfezione delle mani.* (V. Clinica Chirurgica p. 380).

XX. KEHR — *Come vanno le cose per le recidive dopo le operazioni per calcoli biliari?* (V. Clinica Chirurgica, p. 378).

XXI. ZABLADOWSKI. — *Sulla malattia dei pianisti nella pratica chirurgica.* Tratta della malattia dei suonatori di pianoforte.

XXII, BÄHR. — *Contributo alla dottrina della coxa-vara* (V. Clinica Chirurgica, p. 381.

XXIII. REIRINGER. — *Contributo alla cura dell'idronefrosi.* In questo caso di idronefrosi intermittente è stata eseguita per la prima volta una anastomosi diretta fra vescica e idronefrosi, nefrocistanastomosi. Il rene idronefritico aveva sede sul promontorio e sulla superficie anteriore del sacro: il suo polo inferiore era lontano per circa 3 centimetri dal vertice e la vescica discretamente fissa. La nefrocistanastomosi fu stabilita dopo per fistola consecutiva dell'idronefrosi, mediante due serie di suture di cui la prima riuniva solo il rivestimento sieroso di ambedue gli organi cavi e la seconda tutte le pareti della vescica con quelle del rene spesso circa 7 mm. L'infermo precedentemente affatto inabile al lavoro per frequenti accessi dolorifici, si è totalmente ristabilito dopo l'operazione e lavora da falegname.

XXIV. V. STUBENRAUCH. — *Le modificazioni dell'osso crescente sotto la influenza del fosforo.* L'O. ha istituito esperimenti col fosforo su cani, colombi e cavie, trovando che nella cartilagine epifisaria nel posto della sostanza spugnosa se ne produce una alquanto più fitta in rapporto con la dose, la durata della somministrazione ed i processi dello sviluppo. Questo strato si riscontrava particolarmente sull'epifisi superiore dell'omero ed in quella inferiore del femore, del radio e dell'ulna, osservandosi ottimamente negli animali con rapido sviluppo. Tuttavia non si è potuto ottenere una chiusura completa della cavità midollare e l'O. deve riconoscere che l'azione del fosforo nelle ossa rachitiche non si può decidere finchè non sia assodata la natura del rachitismo. Nondimeno l'osservazione che presentano uno sviluppo rigoglioso i bambini dimoranti in fabbriche di fosforo, induce a nuove sperimentazioni. Nelle necroscopie di operai occupati nelle fabbriche di zolfanelli si sono riscontrati altresì depositi ossei concentrici con occlusioni della cavità midollare.

L'O. presenta radiografie di tali operai, in cui si osservano manifesti e perfino grandi depositi ossei nei limiti delle epifisi.

XXV. VOLLHRESHT. — *Sullo spirito saponato in forma solida per la disinfezione della pelle e delle mani* (V. Clinica Chirurgica, pag. 381).

Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie. 6.° Vol. 1.° e 2.° fasc.

I. SCHROTTMÜLLER. — *Epitiflite traumatica.* L.A. ha constatato che pochi casi si trovano accertati nella Letteratura di epitiflite da trauma. Ne riporta tre casi di tal genere.

Siccome rari sono quei casi in cui l'epitiflite decorre fudroyant, così nella maggior parte dei casi sarà meglio tenersi alla cura medica piuttosto che alla chirurgica.

II WENDEL. — (Istituto patologico di Marburg.) *Contributo alla conoscenza dei tumori della vescica.* È uno studio poderoso e prezioso che si può riassumere nelle seguenti proposizioni:

I tumori papillari benigni della vescica hanno origine da una iperproduzione primaria dell'epitelio della vescica stessa, accompagnata tosto da un accrescimento dei vasi e del connettivo.

Essi hanno una grande tendenza alla degenerazione cancerigna.

I primi segni della neoformazione si palesano generalmente colla comparsa di masse epiteliali per entro le fessure ghiandolari della massa papillare, e con piccoli nidi che non hanno alcuna immediata continuità colla superficie.

Le funzioni epidermoidali da leucoplasia ed i tumori epidermoidali della vescica e delle altre vie urinarie sono da considerarsi come metastatici.

Una leucoplasia può svilupparsi senza pregressa cistite, come un carcinoma può svilupparsi senza pregressa leucoplasia.

L'estirpazione del tumore deve, per essere radicale, esser condotta tagliando tutto attorno la base del tumore nella parte sana della parete vescicale.

III. FRANK. — *Gli esiti del trattamento operatorio della tubercolosi cronica del peritoneo.* (della Clinica Chirurgica di Heidelberga). Riassumendo questo studio si ha che: La prognosi migliore (40 50°/₀ di guarigione definitiva) la danno, pel trattamento operativo, la forma essudativa della peritonite tubercolare.

La forma adesiva è di una prognosi meno fausta, poichè non dà che il 25°/₀ di guarigione.

Una prognosi infausta si ha nelle forme ulcerose suppurative.

Alle volte nelle forme suppurative e anche nelle adesive troviamo il maggior contingente di guarigioni in quei casi in cui l'affezione proviene dai genitali femminili od annessi nei quali si ha sino il 75 °/₀ di guarigione.

Il tentativo di recar giovamento al paziente colla laparotomia o colle enteranostomosi nei casi di stenosi peritoneale si deve sempre fare.

Una prognosi infausta hanno soprattutto le fistole stercoracee tubercolari.

Una prognosi dei casi di peritonite tubercolare con cistomi ovarici non si può fare con sicurezza per mancanza di grossi materiali di osservazione.

Sarebbe sopratutto desiderabile che si facesse una statistica dei casi non operati per comparare la varia durata delle malattie negli uni e negli altri casi.

IV REIABACH. — *Sugli esiti del trattamento chirurgico della malattia di Basedow, con speciale riguardo alla durata di detti esiti* (Clinica di Mikulicz) L'A. comincia col dare qualche norma per la diagnosi differenziale del morbo di Basedow, che, con Gauthier e Buschon divide in idiopatico e sintomatico. Indi espone la storia dei singoli casi operati, che si possono così riassumere:

Legatura			Enucleazione:
a) di 4 arterie	3 casi		4 casi
b) di 3 »	1 »		
c) di 2 »	1 »		
Resezione di ambi le parti	6 casi	Resezione di ambe le parti	4 casi

Dà poi le indicazioni per l'operazione e l espone il metodo operativo.

V. Schleinger. — *Sopra la curvatura cronica delle rachide.* L'A. considera l'anchilosi dello scheletro col bacino, di cui la curvatura della colonna vertebrale di Bechterex è soltanto apparizione secondaria, come una malattia locale degli apparati di legamenti delle ossa, il cui sviluppo verosimilmente è dipendente da un eccesso di sviluppo delle ossa, esagerato. Le malattie primarie delle articolazioni della colonna vertebrale come causa della loro fissità vanno perciò in seconda linea.

VI Mieczkowski. — *Sulla batteriologia del contenuto della vescica biliare in condizioni normali e nella colelitiasi.* L'A. dopo rigorose ricerche, crede poter affermare che la bile fresca dell'uomo, che non provenga da alcuna vescicola biliare ammalata, è sterile. Però essa offre un mezzo abbastanza buono per la coltura di microrganismi: pel bacterium coli commune è un ottimo mezzo di sviluppo il che si verifica appunto nella Colelitiasi, che è perciò quì da temersi per la cavità del ventre: perchè in tali casi la vescica biliare contiene assai spesso batteri che, parte sono di per se virulenti, parte anche sono dannosi poichè si trovano in un mezzo difficilmente riassorbibile.

RASSEGNA DELLA STAMPA

Puricelli Luigi. — *La pressione sanguigna in rapporto agli accidenti della narcosi cloroformica* (Gazzetta Medica di Torino, N.° 34, 35 e 36). I risultati a cui l'Autore è venuto sono i seguenti: 1.° Un aumento maggiore o minore della pressione sanguigna e quasi costantemente anche del polso nel periodo di preparazione; 2.° Aumento della pressione e del numero dei polsi nel primo periodo della narcosi, nel quale l'elevazione della pressione raggiungeva cifre sempre superiori all'elevazione massima, che si osservava nel periodo di eccitazione prima della narcosi; 3.° Un abbassamento della pressione e del polso fino ad un limite sempre inferiore alla norma appena ultimato il primo periodo della narcosi, e durante tutto il secondo periodo; 4.° Quasi sempre pressione inferiore alla norma per un periodo di tempo più o meno lungo anche dopo sospesa la narcosi, e ritorno graduale del polso verso la norma.

Bier August. — *Ricerche sulla cocainizzazione del midollo* (Münchener Medicinische Wochenschrift, N.° 36). Il Bier che già aveva nel Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Band 51 parlato sull'azione della cocaina ritorna sull'argomento dopo le osservazioni di Tuffier, Seldowitoch, Kreis e le comunicazioni al congresso di Parigi insistendo sul suo valore, accennando che mai superò la dose di 15 milligrammi e che pote compiere benissimo operazioni senza dolore. Negli animali è riuscito ad avere l'anestesia in tutto il tronco e negli arti, ma nell'uomo fino ad ora non gli è stato possibile.

Babès — *I noduli della rabbia e la sua diagnosi rapida* (La Presse Medicale, N.° 75). Conclude con queste parole: « Non mi rimane che di insegnare ai miei colleghi di non limitarsi all'esame dei gangli, ma di usare nel tempo stesso un antico metodo esaminando i centri nervosi dal punto

di vista della diagnosi rapida della rabbia. Soltanto nel caso, nel quale nè il bulbo, nè il midollo, nè i gangli del cane che morde non presentassero delle trombosi leucocitarie o delle ondule peri-vascolari o peri-cellulari, si potrà supporre con grande probabilità che quel cane non era arrabbiato. Se il cane è morto di morte naturale questa constatazione permetterà di escludere la rabbia con certezza.

Burci Enrico e Lippi Ugo. — *Nuove ricerche sperimentali sugli effetti del denudamento e delle lesioni estese non penetranti dei grossi vasi sanguigni.* (*Riforma Medica*, settembre 1900).

Uno degli AA. si occupò già di questo argomento (Burci). Per la importanza sua e tanto più perchè il dott. D'Anna con ricerche successive era venuto a conclusioni diverse, sembrò opportuno agli AA. di riprendere lo studio ed allargarne anche i confini, sperimentando oltre che sulle arterie (come già era stato fatto) anche sulle vene. Era oltre tutto di pratico interesse il sapere se e per qual tratto un grosso tronco venoso sia impunemente isolabile. Per la diversità poi di struttura e della distribuzione dei vasi nutritizi nelle pareti venose, non che per le differenti proprietà biologiche del sangue circolante nelle vene e per la sua più bassa pressione poteva supporsi anche che in seguito a vasti scollamenti potessero verificarsi conseguenze diverse da quelle che si hanno in identiche condizioni nelle arterie. La ricerca aveva quindi un doppio interesse, e per sè e per il raffronto possibile.

Sono due le serie degli esperimenti; una ne comprende 14 sulle arterie, l'altra 12 sulle vene. Il vaso veniva denudato della sua guaina per alcuni centimetri e l'avventizia lesa più o meno profondamente per eguale tratto. Talora il vaso così maltrattato veniva avvolto con una sottile lamina di guttaperca, per ritardare il processo di adesione cicatriziale coi tessuti vicini e con questo il ristabilirsi della circolazione parietale in quel tratto.

Dallo studio anatomo-patologico macroscopico ed istologico gli AA. si sentono autorizzati a concludere che privando un'arteria della guaina per un tratto, anche di 4 centim. e più, e diminuendo eziandio la resistenza della parete ed aggravando il disturbo di circolo e di innervazione, già arrecato col denudamento, col ledere estesamente l'avventizia, non ci si espone ai pericoli di una emorragia secondaria nè all'obliterazione trombotica del vaso.

In primo tempo, per le modificazioni che avvengono nella elasticità, nella coesione, nella contrattilità, avviene una dilatazione vasale; questa viene prontamente compensata da una proliferazione della intima, che (salvo condizioni speciali) si limita a ricondurre il lume dell'arteria alle sue dimensioni. Ad aumentare la resistenza delle pareti lese ed a ripararne provvisoriamente i danni primi, e quelli che da questi sono derivati nella tunica esterna e media, interviene una neoformazione connettivale, che origina in massima parte dalla stessa parete vasale e dalla guaina dei tratti prossimi a quello traumatizzato. Dai tessuti circostanti muove anche un tessuto di cicatrice che ristabilisce i rapporti fra essi e l'arteria.

Dopo la esposizione dei fatti osservati gli AA. prendono in esame le condizioni del D'Anna ed i fatti da lui osservati e si spiegano le ragioni dei resultati diversi.

Riguardo al meccanismo per il quale si produce la proliferazione dell'intima, essi dànno una interpretazione che concorda coi resultati delle ricerche del Thoma e si intrattengono a spiegare come sia possibile colla dilatazione vasale o col rallentamento della corrente un aumento relativo della pressione laterale che in quel meccanismo ha per essi una parte importante.

Nelle vene i resultati degli esperimenti non differiscono da quelli ottenuti nelle arterie. Anche in esse si ha una neoformazione a spese del-

l'intima, alla quale concorrono con speciale attività gli elementi di connettivò sotto endoteliali. Riguardo alla vascolarizzazione di questo tessuto neoformato, hanno osservato gli AA. come in primo tempo essa avvenga indipendentemente dai *vasa vasorum*. Il meccanismo di produzione di questa neoformazione pensano che diversifichi alquanto da quello delle arterie.

In base ai fatti osservati in alcuni esperimenti gli AA. portano anche un contributo alla soluzione della controversia relativa alla precedenza, nella trombo-flebite, del processo trombotico o della alterazione dell'endotelio, ed anche alla questione se esista una flebite traumatica asettica, rispondendo ad essa in senso affermativo.

Dai resultati ottenuti cogli esperimenti nelle vene gli AA. trovano infine vieppiù confermate le loro conclusioni circa gli effetti del denudamento e delle lesioni estese non penetranti delle arterie.

ARCOLEO EUGENIO. — *Contributo clinico e sperimentale allo studio della tubercolosi della glandola sottomascellare* (*Morgagni*, settembre N.° 9, 1900), Sorge il tubercolo come negli altri organi, ma solo ha tendenza fibrosa. Qualunque sia la via d'arrivo del bacillo determina per chemiotassi positiva l'arrivo di cellule linfatiche, alle quali si aggiungono le cellule fisse del connettivo. I leucociti polinucleati scompaiono rapidamente, mentre che i leucociti mononucleati e le cellule fisse del connettivo inglobano i bacilli e si trasformano in cellule epitelioidi. Alla periferia del tubercolo arrivano nuove cellule linfatiche e così si trova costituita la zona embrionaria, che tende ad invadere l'organo per infiltrazione. L'organo reagisce forse per le tossine secrete del bacillo, e allora le cellule degli acini e dei canali proliferano perdendo la loro funzione propria per assumere quella di rivestimento, e gli acini si trasformano in veri canali, tanto che il tessuto glandolare si trova rimpiazzato da un sistema di canalicoli tappezzati da cellule indifferenti e separati tra loro da connettivo infiltrato. Distrutta infine la parete dei canalicoli, tutte le cellule aumentano la massa del tubercolo. La tubercolosi si riproduce sperimentalmente, ed in particolare per la via canalicolare.

BELLUCCI ORESTE. — *Contributo allo studio delle ferite del cuore* (*Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*, N.° 105). Narra la storia di un caso in una bambina di mesi otto, nella quale la ferita del cuore avvenne per causa di un grosso spillone senza capocchia, lungo 5 cm. e conficcatosi nel cuore. Venne estratto ed ebbe guarigione.

KELLING. — *Pneumoniti consecutive alle laparotomie eseguite in prossimità del diaframma.* (*Münchener medicinische Wochenschrift*, N.° 34, 1900). Avvengono nelle laparotomie alte, e l'autore crede che si abbiano per aspirazione e per la via linfatica sottodiaframmatica. Consiglia di evitare il pulviscolo e di operare lontani dalle finestre.

SORRENTINO FRANCESCO. — *L'intervento in altri 33 casi di ferite penetranti dell'addome* (*Gazzetta internazionale di medicina pratica*, N.° 17). È convinto che è dovere del Chirurgo operare di laparotomia sollecitamente in ogni ferita penetrante dell'addome. Nè l'assenza di sintomi sospetti deve rendere dubbioso il chirurgo nell'intervenire.

ALESSANDRI e DALLA VEDOVA. — *La radiografia nella calcolosi biliare.* (*Supplemento al Policlinico*, N.° 46). Credono che solo in vari casi potrà la radioscopia e la radiografia dare dei risultati utili dal punto di vista diagnostico e precisamente solo allora quando si tratti di calcoli molto ricchi di pigmenti contenuti in una vescichetta distesa e sporgente e quando si abbia cura di mettersi nelle condizioni migliori per evitare qualunque possibile errore, specialmente masse fecali nell'angolo colico e nel colon trasverso.

LONGO NICOLA. — *Splenectomia per ferita d'arma da fuoco.* (*Gazzetta in-*

ternazionale di medicina pratica, N.° 17). È un caso clinico, nel quale ottenne la guarigione. Egli ritiene che legatura dei vasi nella ferita, zaffo, cauterizzazione col termocauterio, legatura dei vasi splenici, sutura, non sieno sufficienti alla guarigione.

DONETTI EDOARDO. — *Contributo clinico ed anatomo-patologico allo studio dei tumori maligni del rene* (*Morgagni*, N.° 9, settembre 1900). Sono due casi clinici, nei quali è notevole lo speciale decorso; i sintomi consueti non si apprezzavano.

COEN GIUSEPPE. — *La cura chirurgica del prolasso completo dell'utero* (*Annali di Ostetricia e Ginecologia,* N.° 7). Conclude che: 1.° nel prolasso uterino completo in donne che hanno oltrepassata la menopausa si deve ricorrere alla colporrafia mediana, come operazione che risponde allo scopo, facendo correre alle operande i minori pericoli, riservando l'isterectomia vaginale consociata alle plastiche vagino-perineali a quei casi di prolasso complicati da tumori o da neoproduzioni eterologhe. 2.° Nelle donne giovani che sono sempre mestruate si deve ricorrere all'isteropessi addominale associata ai vari processi di plastica vagino-perineale e all'apertura e drenaggio del cul di sacco di Douglas, come operazione non grave e che non porta così ostacoli alla terminazione di possibili future gravidanze.

AIELLO ABELE. — *Sulla tubercolosi primitiva del collo dell'utero* (*La Riforma Medica,* N.° 204). E la descrizione di un caso nel quale i caratteri principali sono: *a*) aggregati di noduli di piccole dimensioni risultanti o da cellule epiteliali con una o due cellule giganti al centro, o da tubercoli tipicamente costituiti; *b*) assenza di caseificazione e di necrosi da coagulazione anche incipiente; *c*) scarsezza eccessiva di bacilli tubercolari.

TRIDONDANI ENRICO. — *Contributo clinico ed anatomo-patologico allo studio dei fibromi cervicali* (*Annali di Ostetricia e Ginecologia,* N.° 7). Afferma che i fibromiomi cervicali sono tumori a struttura prevalentemente fibrosa; nei loro primi stadî di sviluppo però la loro struttura è miomatosa come per quelli del corpo: sono capsulati, conici, preferiscono la parete posteriore del collo ed hanno lento sviluppo. Dànno disturbi di minzione, scarse emorragie per lo più in rapporto con endometriti. La diagnosi generica si fonda sulla individualizzazione del corpo uterino al disopra della massa del tumore; quella di sede e dei rapporti sulla situazione e forma dell'orificio uterino Devono essere estirpati e preferibilmente dalla via vaginale se hanno sviluppo vaginale od endocervicale; se sopravaginale conviene prendere la via addominale, ed allora scegliere a seconda dei casi fra l'escisione o l'istero-miomectomia totale.

CESARIS DEMEL. — *Sopra un caso di miofibrosarcoadenoma dell'utero* (*Annali di Ostetricia e Ginecologia,* N.° 8). Descrizione di un caso pel quale l'origine della neoproduzione connettivale fu prevalentemente perivascolare. Dove la proliferazione cellulare fu più attiva, portò alla produzione sarcomatosa, dove fu più lenta, alla semplice produzione miomatosa. La parte adenomatosa è indipendente dalla mucosa ed è da riferirsi ad una inclusione embrionale di resti del corpo di Wolff o del dotto di Müller.

RONCALI. — *Sopra due casi di male perforante plantare guariti con lo stiramento dei nervi nel cui territorio avevano sede le ulceri* (*Dal Supplemento del Policlinico*, N.° 45). Non ci dilunghiamo sulle ragioni addotte dallo Chipault per proporre lo stiramento dei nervi nel male perforante. Basta che citiamo per dare ragione alle sue vedute questi due nuovi casi, che appartengono alla Clinica del Durante.

BIBLIOGRAFIA

Remedi Vittorio. — *Le fistole congenite del collo* (Siena, 1900). Sono la la storia di due osservazioni cliniche, nelle quali importanti sono i reperti istologici in cui si nota la formazione e l'inclusione di zaffi epiteliali che rimangono inerti in mezzo a masse di tessuto connettivo.

Come atto operativo non ha resecato il corpo dell'osso ioide, ma procurata la distruzione dell'estremità terminale. A. Ceccherelli.

Ménard. *Étude pratique sur le mal de Pott*, Paris, Masson, 1900. L'argomento importante è stato ampiamente studiato dal Chirurgo di Berck sur Mer, il quale aveva a sua disposizione un materiale considerevole. Trovo di grande valore lo studio anatomo-patologico messo in relazione con quello clinico considerato nei suoi varî sintomi. Termina il lavoro con l'esame dei mezzi curativi, ci sia o no l'ascesso. È un volume questo pregevolissimo, nel quale si trova studiato tutto quello che concerne l'argomento, dopo il lavoro del Lannelongue. Ci sono figure che benissimo fanno vedere ciò che è stato descritto. È un altro pregio dell'opera. A. Ceccherelli.

Achard e Castaigne. — *L'examen clinique des fonctions rénales par l'emilination provoquée*, Paris, 1900. È un'altra memoria che fa parte della collezione dell'Oeuvre Medico-Chirurgicale. È un argomento molto studiato in questo momento, e da ciò se ne comprende l'importanza. Gli autori dimostrano che l'eliminazione provocata permetterà meglio dei processi antichi a fare questa analisi di fisiologia patologica. A. Ceccherelli.

Guidone Prospero. — *Ferite addominali e moderno trattamento*, Napoli 1900. È uno dei manuali della Gazzetta internazionale di medicina pratica, ed ha pregio moltissimo, non solo per le osservazioni personali, ma anche per tutta la parte bibliografica e critica. È anche corredato da figure. Per queste però mi sia permesso accennare alla loro non perfezione; vi è ad esempio quella che riguarda la mia sutura intradermica che non corrisponde affatto.

In un primo capitolo il Guidone parla della generalità dell'argomento per poi nel secondo intrattenersi sulla importanza della tecnica e del sito nella dilatazione della ferita addominale primitiva, tenendo come principio generale che nel laparotomizzare per lesioni violente si deve prendere come guida e norma l'occhiello del peritoneo. Passa quindi a discutere sulla toraco-laparotomia e ferite del diaframma, e finalmente delle ferite del fegato entrando a discutere i varî quesiti che si connettono con la chirurgia epatica. Rende conto finalmente di 29 laparotomie, con 5 morti in casi di gravissime lesioni multiple e con tardivo intervento. A. Ceccherelli.

Trattato Italiano di Chirurgia Vol. VI. *Malattia degli arti e loro cura.* Parte I, Arti superiori, Fascicoli 35, 36, 37 e 38. Catterina. — *Malattie dei barcclo, gomito, avambraccio e mano*, Casa Editrice Vallardi, Milano, 1900.

Trattato Italiano di Patologia e terapia medica, Vol. IV, Parte II, *Malattie dei vasi sanguigni*, prof. Vincenzo Piazza Martini. *Malattie nervose e funzionali del cuore*, prof. Cardarelli e Pansini, fascicoli 238, 239. Casa Editrice Vallardi, Milano 1900.

Dizionario pratico illustrato delle Sc enze Mediche, fascicolo 15, Casa Editrice Vallardi, Milano 1900.

Albertoni e Coronedi. — *Addizioni al Manuale di Farmacologia clinica* del prof. Cantani. fascicoli 9, 10, Vallardi 1900.

Carminati Rocco. — *La sutura immediata nella cistotomia neoplastica.* (Dalla Gazzetta degli ospedali e delle Cliniche) Milano 1900.

Schiassi Benedetto. — *Simpaticectomie* (Dal supplemento del Policlinico). (Se ne è trovato contento sebbene non abbia veduto scomparire negli epilettici le crisi convulsive).

Schiassi Benedetto. — *Chirurgia epato biliare* (Dalla Riforma Medica) (Sono sette casi con cinque guarigioni).

D'Urso e Trccello. — *Ricerche sperimentali sull'anastomosi latero-laterale del dotto deferente* (Dal Policlinico) 1900

D'Urso. — *Le operazioni conservative nei neoplasmi maligni delle ossa con contributo personale e uno studio sull'endotelioma dell'osso* (Dal Policlinico) 1900.

D'Urso. — *Ricerche sperimentali sulla patogenesi della idronefrosi* (Dal Policlinico) 1900.

D'Urso e De Fabri — *Ricerche sperimentali sulla uretero-uteroplastica* (Dal Policlinico) 1900.

D'Urso. — *Osservazioni anatomiche e cliniche sopra aneurismi degli arti* (Dal Policlinico) 1900.

D'Urso. — *Neoartrosi metallica del gomito* (Dalla R.ª Accademia Medica di Roma) 1900.

D'Urso. — *Le fibre elastiche nel tessuto di cicatrice* (Dalla R.ª Accademia Medica di Roma 1900).

D'Urso. *Sulle ictiosi dell'utero*, Roma 1897.

Buccheri R. — *Ambliopia bilaterale in seguito a trauma nella regione occipitale destra*. Trapanazione. Guarigione, Palermo 1900.

Pio Istituto oftalmico di Milano. Rendiconto del 1898.

Dalla Rosa Ciro. — *La tecnica generale delle operazioni sulle vie biliari* (Dalla Rivista Veneta 15 settembre 1900). Studia i varî processi in modo sintetico.

CRONACA.

Per la statistica delle splenectomie riportiamo questa nota del Dott. Ernesto Picone di Siracusa.

« La milza estirpata pesava più di due chilogrammi — la paziente Francesca Santoro, di 23 anni, da Floridia, sopportò senza nessuna reazione la grave operazione. — La ferita laparotomica mediana guarì per prima e dopo 10 giorni l'inferma si alzò completamente guarita. Durante tal periodo ebbe soltanto un accesso malarico con febbre a 39,6, che si domò subito con iniezioni di chinino.

La Santoro, licenziata di già dalla mia Casa di salute, dopo 15 giorni di degenza, è ritornata al suo paese gode completo benessere; nè sono successi ingorghi glandolari o ingrossamenti alle epifisi delle ossa per iperfunzionalità compensativa. Forse perchè la milza era diventata già da tempo a poco, a poco, un organo inutile, incapace di più funzionare, in modo da dar tempo agli altri organi ematopoietici di supplire gradatamente alla mancata funzionalità lienale ».

Errata-Corrige.

Nel numero di luglio della *Clinica Chirurgica* è occorso un errore nella disposizione delle radiografie del lavoro « *La frattura della rotula* » del dottor Baldo Rossi, errore che ci affrettiamo a correggere.

		Errata			Corrige	
Pagina	559	Fig.	3	leggi	Fig.	4
»	560	»	4	»	»	5
»	563	»	5	»	»	6
»	566	»	6	»	»	7
»	568	»	7	»	»	8
»	572	»	8	»	»	3

MISSAGLIA GIUSEPPE, *gerente responsabile*.

Stab. Tipo-Lit. della Casa Editrice Dott. Francesco Vallardi. Corso Magenta, 48 — Milano.

Supplemento al N. 10 - 31 Ottobre 1900

XV ADUNANZA DELLA SOCIETA' ITALIANA DI CHIRURGIA

a Roma 27-30 Ottobre 1900

Apre la Seduta il Prof. DURANTE, il quale saluta i convenuti e dice che è lieto dei progressi che fa la Chirurgia Italiana, tanto è vero che adesso sono costretti anche all'estero di studiare l'Italiano. Spera che i Colleghi non vorranno disdegnare di deporre un fiore del loro intelletto sull'altare della Scienza che onora la Patria. L'alta cultura scientifica è quella che fa grande la Patria.

Commemora il Prof. Lorenzo Bruno coltissimo, gentiluomo e cittadino dalle qualità eccezionali.

Il Cassiere Spaziani rende conto dello stato finanziario della Società.

Si eleggono nuovi soci.

Si procede alla nomina del Consiglio Direttivo delle Adunanze, e rimangono eletti:

Presidente, Prof. ANTONIO CECI.

Vice Presidenti, Prof. ANDREA CECCHERELLI e Prof. ANGELO ROTH.

Segretari, BIAGI NELLO e GANGITANO CARLO.

BIONDI *riferisce su alcune osservazioni cliniche intorno ad otto operazioni per lesione del midollo-spinale.* — Oltre a 32 lesioni tubercolari vertebrali, fra le quali alcune delle lamine, ed una frattura dell'apofisi spinosa senza lesioni nervose, ebbe a curare 15 infermi di più o meno gravi lesioni spinali d'interesse chirurgico. In 8 di essi i disturbi derivavano da osteite tubercolare del corpo vertebrale ed in 7 da conseguenze di trauma.

In 3 infermi d'osteite non s'intervenne ora per gravità, estensione e sede del male, ora per esistenza di focolai della stessa natura in altri organi. In un 4.° infermo dello stesso processo morboso bastò lo svuotamento puro e semplice dell'ascesso da congestione per migliorare per decompressione i fatti spinali. Negli altri 4 infermi con paralisi degli arti, degli sfinteri ed anestesie s'intervenne con lo svuotamento dei corpi vertebrali, a mezzo del taglio lombo-addominale, che va dal margine anteriore del muscolo quadrato dei lembi all'eminenza ileo-pettinea e col quale taglio si può giungere sino a dominare il corpo della 9.ª dorsale.

Ugualmente non s'intervenne in 3 osservazioni di traumi vertebrali per la gravità della lesione midollare, un 4.° infermo con paresi degli arti inferiori in seguito a caduta di una trave sulla 12.ª dorsale migliorò gradatamente senza operazione di sorta. In quattro infermi, di cui tre con frattura ed 1 con lussazione, più paralisi, anestesie, ipoestesie, ecc., da vario tempo s'intervenne con la laminectomia, che una volta fu semplice, in 3 si estese a più archi e fu complicata ad apertura della dura madre.

Di questi 8 operati, uno morì cinque mesi dopo per rottura della colonna vertebrale cervicale, per avere in famiglia smessa la *Minerva*, un altro ebbe recidiva del processo tubercolare e dei disturbi nervosi, 6 guarirono della operazione e del male che, per compressione, aveva indotti i disturbi dal

lato del midollo o delle radici dei nervi. In 4, dei 6 guariti, si ebbe anche guarigione completa dei disturbi nervosi, in uno miglioramento e nel 6.° ugualmente miglioramento notevole che si spera progredirà sino alla guarigione completa, allorquando sarà trascorso maggior tempo dall'operazione. Se nell'ultima osservazione, nella quale l'intervento ebbe luogo solo pochi giorni dopo la caduta, non si può escludere la possibilità di miglioramento spontaneo, indipendente dall' operazione, non può ripetersi lo stesso per le altre osservazioni, nelle quali i disturbi sensitivi ed i fatti paraplegici rimasero immodificati per lungo tempo prima che si operasse.

Dopo aver accennato ad alcune modalità tecniche dell'intervento, alla sua relativa innocuità, ai casi nei quali è indicato il taglio lombo-addominale, a quelli nei quali si può ricorrere al taglio *traumatico* del *Vincent* l'O. riferisce le condizioni che nei suoi casi ora consigliarono ora sconsigliarono l' intervento.

Ghillini dimanda al Biondi i risultati ottenuti dalla laminectomia in casi di cifosi per tubercolosi della colonna vertebrale, giacchè il Ghillini ha avuto recidive e del processo e dei fenomeni nervosi. Coll'asportazione della lesione si toglie una condizione per il miglioramento del processo e delle deformazioni, giacchè è nelle anchilosi degli archi vertebrali, che scompaiono, o almeno migliorano i fenomeni vertebrali.

Agostinelli dice che nel suo esercizio conta tre atti operativi sulla colonna vertebrale ed il resultato non fu troppo incoraggiante. In un caso di focolai tubercolari dei corpi vertebrali corrispondenti alla 1.ª e 2.ª vertebra lombare con cifosi marcatissima e focolai aperti verso la cresta iliaca e alle natiche, paresi degli arti inferiori ha eseguito il vuotamento del focolaio, facendosi strada per un sino fistoloso e quindi la laminectomia per togliere la compressione del midollo risultata pel momento lusinghiera dal lato del focolaio tubercolare o anche della paresi, ma dopo poco tempo si è avuto continuazione del processo tubercolare. Il malato si è perduto di vista. Gli altri due interventi si riferivano a due casi di lesioni traumatiche della colonna vertebrale per caduta da altezza di 4 a 5 metri. Il primo riportò frattura della 12.ª vertebra dorsale con affondamento dell'apofisi spinosa. Laminectomia, asportazione dei frammenti fratturati, nello speco si asportano dei grumi sanguigni. Nessun miglioramento alla paresi degli arti inferiori. Il malato vive un anno e poi muore in marasmo. Il secondo caso si riferisce a un giovanetto caduto da un albero e che riporta una lesione a livello della 10.ª e 11.ª vertebra dorsale con paresi completa degli arti. S'interviene colla laminectomia e si riscontra divaricamento delle due apofisi spinose suddette e torsione della colonna vertebrale sul suo asse e quindi del midollo. Il malato vive tuttora e sta bene, ma non si è avuto nessun miglioramento dal lato della sensibilità e motilità degli arti inferiori.

Codivilla domanda al collega se abbia veramente eseguito delle laminectomie nei casi di tubercolosi vertebrale o semplicemente, come sembra, delle aperture dell'ascesso e raschiamenti del focolaio osteitico. Se così e, domanda perchè abbia posto i casi di raschiamento e vuotamento dei corpi vertebrali sotto la rubrica laminectomie. Se si tratta invece di vuotamenti di ascessi e di atti operativi sui corpi vertebrali, domanda schiarimenti sull'esito ultimo dell'intervento e specialmente se i malati siano rimasti fistolosi. Crede che solo eccezionalmente si debba ricorrere a questi atti operativi che il più delle volte peggiorano le condizioni degli infermi, poichè all'infezione tubercolare si aggiunge il più delle volte un' infezione piogena. Ritiene che resultati migliori si possano ottenere semplicemente coll'immobilizzazione della colonna, e collo svuotamento degli ascessi per mezzo di puntura, seguita da iniezioni modificatrici.

Ceccherelli Andrea. *Considerazioni sulla cura della tubercolosi*

vertebrale. — Si vuole occupare dei casi nei quali vi è paralisi o per lo meno difficoltà nella deambulazione, e della gibbosità ottica. L'esperienza l'ha fatto essere contrario agli interventi cruenti, come le laminectomie. È convinto col Calot che, per quanto è possibile, conviene che i focolai tubercolosi rimangano chiusi: ed è per questo che non squarcia gli ascessi ma li punge, li lava, vi inietta sostanze modificatrici la sacca ascessuale stessa e possibilmente il focolaio tubercolare che da luogo alla suppurazione.

Dimostra che i fatti di paralisi bene spesso non sono determinati dall'invasione del processo tubercolare nello speco vertebrale e suo contenuto, ma bensì da compressioni sui nervi spinali o lesioni di questi. Da ciò l'inutilità di operazioni che attaccano la colonna vertebrale e ne diminuiscono la solidità.

Per la gibbosità trova irrazionale e pericoloso il metodo del Calot, ancorchè perfezionato ed addolcito. Crede che le forme tubercolari debbano essere curate col riposo, e per questo non si trova d'accordo col Lucas-Championnière ed il Rédard che vorrebbero curare le forme di tubercolosi articolari col massaggio ed i movimenti. È sempre partigiano del metodo di Bonnet, e cioe il riposo. Crede che i casi citati di guarigioni fossero diagnosi errate per la natura: del resto non vi fu mai il controllo istologico, batteriologico e colturale.

Crede che fare la correzione forzata della gibbosità alla Calot sia un male. Cita il caso di una giovane, nella quale per una semplice sospensione, e quindi trauma lieve e limitato, vide esplodere una grave tubercolosi miliare galoppante, viscerale, multipla e morte in meno di un mese. Invoca a questo proposito le osservazioni di Verneuil che ammetteva il trauma operatorio essere talora la causa occasionale di esplorazioni tubercolari. Crede più vere le conclusioni dello Schüller in rapporto fra trauma e tubercolosi di quello che non lo siano quelle contradittorie del Lannelongue. Pensa che se la gibbosità è lieve, è inutile la correzione: che se il processo tubercolare è in corso, è irrazionale l'intervento traumatizzante, o se invece è spento non conviene distruggere le aderenze avvenute. Nel caso però conviene ricorrere all'osteotomia e non all'osteoclastia.

Nei casi che usò il metodo Calot non ebbe resultati buoni, come non l'ebbero altri chirurghi. Ricorda che qualcheduno ebbe anche dei casi di morte per cloroformio. Egli certamente vide delle escare, delle aperture di focolai tubercolari peggiorandosi così, anche secondo le idee del Calot, le condizioni del paziente. È per questo che egli si trova d'accordo col Lannelongue e col Menard, e pensa essere migliore consiglio tornare ai metodi antichi.

Durante Francesco. — *Casi di Chirurgia cerebrale.* Riferisce di due casi di chirurgia cerebrale. Il 1.° riguarda un giovane di 20 anni di Civitavecchia. I disturbi rimontano ad un anno, sotto forma di convulsioni, senza perdita di coscienza che si ripeterono 3 o 4 volte, e che poi cessarono. Venne alla clinica per cefalalgia frontale destra. Mordace, noioso, insolente, aveva grave papilla da stasi, riduzione della vista, diminuzione dell'odorato, poderoso masturbatore, aveva il gusto affievolito, era irruento contro gli infermieri. I disturbi psichici, la dolorabilità alla bozza frontale, la papilla da stasi portarono alla diagnosi di tumore del lobo frontale destro. Infatti praticata la craniectomia col lembo osteoperiosteo alla Durante, si trova un tumore di 90 gr. aderenti alla sostanza cerebrale, che interessava tutta quanta la sezione anteriore del lobo, adagiantesi sulla fossa cerebrale anteriore. Subito dopo l'atto operativo diventò loquace, — la vista però andò rapidamente perdendo finche divenne ceco. — Dopo 8 mesi cominciarono a peggiovare nuovamente le condizioni morali, tornò masturbatore, si alterò nuovamente l'odorato ed il gusto, ma mai accessi convulsivi, la regione frontale

era fatta protuberante. Si abbassa il lembo già fatto in precedenza e si trova il tumore che vien portato via a pezzo a pezzo, finchè si è obbligati a desistere per la grave emorragia: dopo 3 giorni si riopera e si giunge fin nella fossa media, aprendo il ventricolo laterale ed attaccando le sezioni anter. del lobo temporale. Si tampona 1 m. di garza quadrata. Nei giorni successivi si ha scolo abbondante di liquido cefalo-rachidiano. Guarigione per 2.ª. Dopo quattro mesi si ha recidiva con disturbi identici a quelli precedenti, torna ad essere masturbatore accanito, muore in coma.

L'O. nota l'importanza del lobo frontale anteriore sul carattere morale degli infermi, e sulla vita psichica: se a questi presiede tutto il cervello si spiega perchè in altri casi con localizzazioni diverse di tumore tali disturbi non si hanno. Il fatto della restituzione della funzione si può interpretare come una funzione di compenso, che prima non aveva luogo per la presenza del tumore.

Il centro dell'udito è bilaterale e facilmente questi centri si compensano; orbene qui la lesione del lobo temporale portò perdita temporanea dell'udito dall'altro lato, ma transitorio che non tardò a sparire dopo 14 ore.

Nel 2.° caso si trattava di un soggetto ammalato da 18 mesi, epoca in cui notò un accenno a lieve indebolimento della gamba sinistra che si estese anche al braccio, ma lieve; poi formicolio all'arto inferiore diffondentesi all'alluce, e parestesia Jaksoniana. Mai però accenni convulsivi generali e parziali. Quindi si escludeva una lesione del centro motorio e psichico; prevalendo le parestesie ad accessi ed ammettendo che il centro della sensibilità sia situato nella regione postrolandica, ove inoltre era forte la dolorabilità, si intervenne col solito lembo ostoperiosteo e si trovò le due zone rolandiche spinte in avanti, ed il tumore che occupava la zona postrolandica: in tutto resultò un cavo della grandezza di un pugno: il tumore pesa 240 gr. Il tumore aveva origine della dura madre e non era aderente al cervello. Alla sera dell'atto operativo si aveva paresi che non tardò a divenire paralisi nel giorno seguente; in seguito anche questa scomparve e l'infermo a tutt'oggi gode perfetta salute. Anche i centri della sensibilità sono dunque in gran parte localizzati nelle zone postrolandiche. Passa alla presentazione dei pezzi.

Maffucci ha 30 osservazioni di tumori cerebrali e solo quattro volte vide le localizzazioni nei lobi frontali, due volte per tumore ivi sorto, una volta per ciste da ecchinococco, una volta per tumore dell'ipofisi. Ebbene solo questi quattro infermi avevano gravi lesioni psichiche. Del pari in cinque casi di lesioni della zona posteriore rolandica aveva disturbi della sensibilità a lato di disturbi motori: però più gravi i disturbi motori dei disturbi psichici.

Roncati. — *Sulla presenza dei blastomiceti nei sarcomi del cervello.* — L'autore premette che la sua comunicazione si può estimare quale illustrazione istologica del secondo caso di tumori del cervello comunicato dal Professore Durante.

Il tumore, come ebbe a dire il Prof. Durante, aveva la sua sede nella regione post-rolandica di destra, era di origine durale e l'esame istologico dimostrò trattarsi di un genuino fibro-sarcoma.

Quello però che rendeva tale neoplasma singolarmente interessante era il reperto parassitario in esso contenuto, il quale mirabilmente viene a corroborare la teoria dell'origine blastomicetica dei tumori maligni e nello stesso tempo viene a sfatare per sempre l'affermazione di quelli, i quali vogliono che la presenza dei blastomiceti nei tumori maligni non sia altro che un fatto accidentale e che non ha nulla a che vedere colla etiologia delle neoformazioni maligne.

L'Autore, dopo descritti morfologicamente i parassiti e detto della loro sede particolare in questo come in altri neoplasmi che nettamente indica

come fra parassiti e tumori esista una correlazione genetica come fra causa ed effetto, passa a discutere ampiamente i fatti seguenti:

1.° *I blastomiceti non sono e non possono essere accidentali nei tumori maligni*, il qual fatto l'Autore dimostra riferendo esperimenti all'uopo istituiti tempo addietro ed appoggiandosi ancora sopra il reperto osservato nel tumore in parola.

2.° *Il non riuscire ad isolare sempre i blastomiceti da un neoplasma non significa che non esistano o quelli che vi stanno sono degenerazioni del tessuto, perchè quando i parassiti assumono il carattere di corpuscoli di Russell non sono coltivabili*, come recentemente fu dimostrato dal Sanfelice.

3.° *I blastomiceti esistono costantemente nei tumori maligni purchè si sappiano riconoscere e si abbia la pazienza di accuratamente ricercarli*, come provano le ricerche dell' Autore e singolarmente quelle recenti e numerosissime del Plimmer;

4.° *I coccidî che furono riscontrati nell' epitelioma e nel sarcoma non sono altro che blastomiceti*, come l'Autore ebbe a dimostrare sino dal 1895 e come il Podwessoski proclamò recentemente;

5.° *I blastomiceti sono i reali fattori etiologici del sarcoma e dell' epitelioma.* Come l' Autore in base a ricerche istologiche ed al decorso clinico di eguali neoplasmi ebbe ad affermare insino dal 1895 e come oggi si può considerare dimostrato in grazia delle esperienze di Sanfelice prima e poscia di quelle del Plimmer, di Bra e del Leopold.

Bastianelli crede che non basti l'aver colorati e figurati quei corpuscoli rotondi per dire che sieno blastomiceti, occorre darne la prova, il che Roncali non ha fatto; e tanto più importa in questo caso nel quale trattandosi certamente di un sarcoma endoteliale importerà escludere che si trattasse di quelle alterazioni o delle cellule o dello stroma così frequenti negli endoteliomi e che precisamente si colorano come i così detti blastomiceti, e che anche a fresco hanno un aspetto simile. Importa dunque anzitutto dare le prove morfologiche e biologiche della loro natura blastomicetica.

Maffucci domanda se ci sono esperimenti, nei quali si dimostra che realmente i blastomiceti restati molto tempo nei tessuti animali sono incapaci di potere vegetare sui sustrati nutritivi, conoscendosi che tutti i parassiti vegetali hanno appunto la proprietà di vegetare sui sustrati nutritivi quantunque sieno restati molto tempo nei tessuti animali.

Biondi dice che indiscutibilmente nei tumori maligni si constatarono da moltissimi corpi speciali che s'interpretarono per blastomiceti, però la piena essenziale ultima prova che questi corpi non sieno prodotti ora di degenerazione ora di rigenerazione cellulare, come ha dimostrato Dorel, tuttora ci manca da tutti gli studii fatti sino ad oggi nella teoria parassitaria dei tumori maligni: ma ciò che resta di importante e che indiscutibilmente dà da pensare è quello conseguito dal Sanfelice che su 63 esperimenti riuscì tre volte ad indurre con coltura pura di blastomiceti adeno-carcinoma mammario e del testicolo.

Durante afferma di non essere fautore della teoria blastomicetica, giacchè mancano i termini precisi per potere dire che i blastomiceti siano l'elemento etiologico dei tumori. Ed accetterà quest' potesi quando un emorroide od un tumore cutaneo trapiantato nelle glandole riproduca elementi dallo stesso tipo. I tipi ottenuti dal Sanfelice di trapiantazione sono iperplasie, di natura flogistica, attorno ai focolai blastomicetici.

Roncali risponde a Bastianelli che sostiene essere blastomiceti in base alle note reazioni chimiche coll'idrato potassico e sodico. A Maffucci risponde di aver detto che in generale non si isolano blastomiceti quando hanno la forma di corpuscoli di Russel, e non sempre anche per gli altri parassiti

dopo che a lungo sono rimasti nei tessuti si riesce a coltivarli. A Biondi che si possono distinguere degenerazioni dei blastomiceti e la sede stessa dei parassiti in parti giovani vitali fa concludere si tratti di forme degenerative.

Bastianelli non ha inteso di volere pensare che il Roncali non abbia fatte le reazioni da lui ora citate, anzi era convinto che egli le avesse compiute. Ma appunto queste reazioni non bastano a stabilire che si tratti di blestomiceti. Riguardo al fatto che i blastomiceti non si coltivano che difficilmente ormai dai tumori quando in essi i parassiti hanno preso l'aspetto dei corpi di Russel, crede che sia un'affermazione aprioristica, perchè bisogna provare che questi corpi di Russell sieno blastomiceti. Non basta l'esperimento di Sanfelice, il quale nei gatti ha prodotto tumori con iniezioni di blastomiceti, e prima li ha potuti ricoltivare mentre li vedeva sotto forma di corpi di Russel: ma si potrebbe forse pensare che in quei tumori flogistici vi fossero realmente corpi di Russel come si trovano in tante alterazioni flogistiche dei tessuti, e che i blastomiceti fossero tutti estinti?

Roncali risponde che ciò che egli considera insufficiente come reazione per provare che i corpi siano blastomiceti tutti gli altri osservatori lo considerano più che bastevole, e fra questi i più recenti sono Plumer, Leipold, Sanfelice, ecc.

In quanto poi ai corpuscoli di Russel, che cioè non si coltivano o sono difficilmente coltivabili, ciò si spiega perchè ogni parassita allorquando ha menato a lungo vita parassitaria ben difficilmente si acconcia a menare vita saprofitica: e perciò egli dà molta importanza al lavoro di Sanfelice.

Fummi. — *Anestesia midollare.* — Accenna di volo al contributo clinico fornito dall'Ospedale S. Spirito nella Sezione Chirurgica del Prof. Montenovesi (*circa* 60 casi) in rapporto all'Anestesia midollare col metodo Bier.

Si ferma più particolarmente a discutere il quesito di portare l'anestesia nelle sezioni del tronco e sugli arti superiori.

Dopo aver provato come gli esperimenti sui cani per la soluzione di questo quesito non si prestino per le condizioni anatomiche molto differenti da quelle dell'uomo, espone una serie di ricerche fatte sul cadavere per trovare la ragione a che un liquido che presenta la densità di 1.014, che è ad un dipresso quella della soluzione ordinaria di Cocaina all'1 % non debba salire nelle porzioni alte del midollo spinale anche inclinando fortemente il cadavere. Sembra che la ragione dipenda dalla diversa densità del liquido che s'inietta rispetto a quella del liquido cerebro-spinale. Usando soluzioni di Cocaina in glicerina è riuscito a portare l'alcaloide nelle sezioni più alte dell'asse cerebro-spinale. La cocaina nei ventricoli cerebrali veniva scoperta per mezzo della delicatissima reazione di Gresel. Più evidente appariva il fenomeno se si usavano soluzioni di bleu di metilene in glicerina.

La prima applicazione sull'uomo fu seguita da una discreta anestesia del torace, del collo e degli arti superiori, con un racconto molto significante dell'infermo, che avvertiva sensazioni di formicolìo e di calore avanzarsi progressivamente dall'addome al torace e da questo al collo e agli arti superiori. Si noti che subito dopo l'iniezione il corpo dell'individuo fu messo in un piano fortemente inclinato.

Si riserba di comunicare ulteriori osservazioni in proposito.

Questi lavori vengono eseguiti nella Sezione Chirurgica del Prof. Montenovesi e sotto la sua direzione.

R. Bastianelli. — *Sull'iniezione sottodurale di cocaina alla Bier.* Spinto dai buoni risultati pubblicati da Schiassi. l'O. nell'Aprile scorso cominciò a sperimentare l'iniezione di cocaina alla Bier e con lui gli aiuti dell'Ospedale, D. Bardellini e Guerino. I malati operati furono 35 e a tutti fu praticata l'iniezione di 1 cmc. di una soluzione di cocaina al 1 % sterilizzata a bagno maria in benzolo puro che bolle a 80° C (Bardellini).

Solo due volte essendo stata vana una prima iniezione fu iniettato un 2° centimetro cubo, e in qualche caso furono aggiunti 4 mm: di morfina come fa Schiassi.

Su 36 casi, l'analgesia mancò completamente 4 volte, ossia circa 11 %, 4 volte fu incompleta, 2 volte fugace, sicchè si ha un totale di 12 casi, cioè quasi $^1/_3$, in cui non si potè contare completamente sull'azione della cocaina. Le operazioni eseguite furono per lo più sugli arti inferiori (resezioni, amputazioni, varici ecc.), ernie curate radicalmente, e 2 laparotomie una per mioma sottosieroso, e l'altra per cisti perimetritiche suppurate: in queste due l'analgesia fu completa ma il peritoneo, corrispondentemente a quanto si sa sulla sua innervazione, conservò la sensibilità dolorifica come normalmente.

L'analgesia avvenne di solito rapidamente, di rado dopo 15 m' fu più forte che dopo i primi 10, talora durò poco, tanto che una operazione lunga non sarebbe stata possibile: si constatò che fino all'ombelico era completa, più in alto c'era solo ipoalgesia.

Quali inconvenienti immediati si notarono spesso i soliti fenomeni del cocainismo acuto, non mai tali da incutere timore, invece secondariamente si ebbero fenomeni gravi in due casi e cioè collasso per più ore, cefalea fortissima che durò fino a 8 giorni: negli altri sempre cefalea più o meno intensa e più o meno protratta, nausee talora e conati di vomito, e costantemente un'elevazione termica di 37,5 a 50 C°. Questi inconvenienti e sopratutto l'incertezza dell'azione permettono di concludere in tesi generale che l'iniezione alla Bier non può sostituire sistematicamente il Cloroformio, e quindi deve essere cura degli osservatori precisarne le indicazioni e le controindicazioni che per l'A. fino ad ora sono le seguenti:

Non può essere usata quando si richiede rilasciamento muscolare come p. es. nella riduzione di fratture degli arti inferiori, nelle ernie ombelicali o ventrali ampie, poi nei bambini, nelle persone eccitabili perchè le sensazioni tattili suggeriscono l'idea del dolore, nelle operazioni addominali per poco che siano complicate perchè il peritoneo conserva la sensibilità dolorifica, negli strati di collasso, per timore che possano essere aggravati in modo pericoloso dai fenomeni d'intossicazione cocainica.

Si userà con vantaggio nelle operazioni sugli arti inferiori, quando, per l'estensione della regione su cui cade l'operazione, l'infiltrazione alla Schleich riesce poco comoda o impossibile, nelle laparotomie semplici, nella cura radicale delle ernie, sopratutto troverà un'indicazione negli stati settici, nei quali è certo che l'azione del Cloroformio sui reni aggrava l'infezione e l'intossicazione esistente.

L'iniezione alla Bier, dunque, di fronte al Cloroformio, ha un campo ben limitato; di fronte all'infiltrazione alla Schleich presenta vantaggio solo in alcuni casi, perchè questa è applicabile a tutte le regioni del corpo, ed usata con arte permette estese operazioni senza alcun inconveniente per l'infermo.

Fioretti Ermanno. — L'anestesia midollare cocainica venne usata in 25 casi (11 ernie inguinali, in due delle quali si fecero erniotomie con resezioni intestinali, nelle altre cura radicale Bassini, 1 idrocele, 1 varicocele, 3 emoroidi, 1 fistola anale con ragadi, 4 restringimenti uretrali, in uno dei quali si fece l'uretreotomia esterna, 3 ulceri perforanti, 1 sarcoma del braccio). In 17 l'anestesia riuscì completa e senza inconvenienti, e si ebbe rilasciamento muscolare completo. In tre casi si ebbero circa 4 ore dall'operazione sintomi di collasso e cefalea e febbre (38° -39° 4) ma i sintomi di collasso presto cessarono dopo circa 2 o 3 giorni dall'atto operativo. In 5 casi non ostante la penetrazione nel cavo subaracnoideo e l'introduzione di 1 centgr. di cocaina nessuna anestesia — e si procedè alla cloronarcosi — Tecnica operatoria del Tuffier. — Sterilizzazione del liquido a

bagnomaria nella benzina che bolle a 80° con raffreddamento a 38° per tre volte. L'anestesia durò da 1 ora a 1 ora e mezzo.

Si tentò l'anestesia midollare degli arti superiori e torace, e in un malato che fu messo nella posizione del Trandelemburg, e in cui si iniettò 1 centgr. di cocaina in soluzione al 2 % non si ottenne affatto anestesia; e in un altro malato che venne messo in posizione *molto obliqua* con testa braccia e piedi in alto, e in cui si iniettarono 2 grammi di soluzione di cocaina al 1/2 % si ebbe dopo 8 minuti anastesia completa degli arti inferiori e tronco fino a due dita, sotto le mammelle, ipoestesia nel resto del torace e arti superiori.

Si conclude che l'anestesia midollare cocainica è consigliabilissima in tutte le operazioni degli arti inferiori e sezione inferiore dell'addome, — da preferirsi al cloroformio perchè o riesce del tutto innocua, da dei disturbi molto meno gravi di quelli del cloroformio, e non ne presenta gli stessi pericoli: — permette atti operativi ai malati cardiaci ecc., nei quali non è possibile la cloronarcosi. Se l'anestesia è negativa, si può procedere senza preoccupazioni alla narcosi cloroformica.

Rosa a proposito di ciò che ha detto il Bastianelli, riguardo all'impossibilità di operare alla Bier quando si voglia un rilasciamento muscolare completo, fa osservare che in alcuni casi tale rilasciamento si ha completo. Egli ha avuta occasione di operare alla Bier una divulsione anale: osservazione che richiede nelle condizioni ordinarie una narcosi profonda e perciò un rilasciamento muscolare completo.

Riguardo al caso delle ernie con porta molto grande ebbe anche l'occasione di osservare casi in cui non incontrò alcuna difficoltà. Crede che questa differenza di resultati dipenda dal fatto della impressionabilità e suggestionabilita speciale degli individui: alcuni sono anestesizzati, eppure fortemente impressionati dall'apparato dimostrano di non esserlo, quasi il presentimento del dolore li addolorasse.

Mariani dice che fra le controindicazioni all'anestesia alla Bier dobbiamo mettere tutti quei casi, nei quali è sufficiente l'anestesia sottocutanea comune alla siringa di Pravaz. Quando un'operazione si può fare bene sotto l'anestesia sottocutanea di cocaina non deve essere fatta coll'anestesia alla Bier, che è assai più pericolosa e delicata. Io pure ho eseguita una cocainizzazione spinale alla Bier per glandole all'inguine ed ho avuta però anestesia e molti disturbi posteriori e principalmente cefalee insistenti e vertigini.

Ceci dice che gli pare gli esperimenti del Fummi sieno molto semplici stante la forte densità della glicerina e noi sappiamo dalle esperienze dello Schleich che l'azione analgesica delle soluzioni è forte in relazione con la loro densità: non gli sembrano neppure del tutto innocenti malgrado che finora non siano accaduti disastri. Osserva a tutti e tre gli oratori che la soluzione cocainica al 2 % è troppo forte. Dal momento che l'esperienza di molti anni ha dimostrato che i nervi periferici sono assolutamente anestesizzati da una soluzione dell'1 per 200, perche si deve adoperare pel midollo spinale una soluzione quattro volte più forte e quindi più pericolosa. Al Bastianelli osserva che nella sua Clinica ha da sei anni fatte oltre 600 ernie con la cocaina e molte con porte amplissime. Non è necessaria la completa rilasciatezza dei muscoli; per eseguire la sutura basta attendere certi intervalli respiratori per stringere i punti.

Fummi risponde al Ceci che non vede la ragione per cui la glicerina non debba essere tollerata nello spazio sotto-aracnoideo, visto che è un liquido innocuo perfettamente assorbibile. Questo sarà provato dai fatti clinici. Del resto si ricorda che nel campo medico già da molto tempo si usavano le iniezioni sottoaracnoidee di iodoformio sospeso in glicerina per la cura delle meningiti senza che si notasse alcun inconveniente.

Bastianelli risponde che quando ha detto che l'analgesia alla Bier non può adoperarsi nelle vaste ernie intendeva parlare di quelle ombelicali e ventrali ampie in cui è necessarissima la rivoluzione muscolare completa. All'osservazione del Dott. Rosa che la rivoluzione muscolare spesso non si ottiene perchè l'ammalato è impressionabile e contrae i suoi muscoli per lo stato di eccitamento, risponde che è vero, ma che però praticamente allora l'analgesia è inutile ed occorre la narcosi.

Damascelli (Napoli). *Contributo all'istologia e patogenesi di alcuni tumori della mandibola* — Nel Novembre ultimo fu operato dal prof. d'Antona di resezione e disarticolazione della metà sinistra della mandibola un uomo di 53 anni per un tumore iniziatosi 20 anni prima.

Il tumore era rimasto piccolo ed innocente per molto tempo e solo da 4 anni era andato ingrossando, non arrecando altro disturbo che una difficoltà nella masticazione e nella pronunzia.

All'esame risultò che il tumore aveva origine dal centro del mascellare il quale era deformato, che era ricoperto interamente da un guscio osseo sottile, e che era in parte solido, compatto ed in parte cistico. La parte solida risultava di tanti cordoni epiteliali o anastomizzati tra di loro in mezzo ad uno stroma connettivale, da avere tutto l'aspetto di un adenoma tubulare; gli elementi epiteliali avevano forma cilindrica o cubica. In altri punti gli elementi epiteliali, anzichè presentare quella disposizione a cordoni, erano variamente distribuiti ad accumuli ove quelli più periferici avevano forma cubica, quelli centrali avevano forma quasi poliedrica con contorni dentellati da ricordare gli elementi malpighiani.

La parete delle cisti risultava di un contorno fatto ugualmente di uno strato di cellule cilindriche disposte a palizzata, il quale strato mandava lunghe gittate nello stroma connettivale, su di esso un altro strato di cellule disposte senz'alcun ordine, schiacciate, stivate, e verso il centro un altro ordine di cellule a contorni poco netti, con prolungamenti da assumere forma stellata in mezzo ad una sostanza interelementare omogenea o finamente granulosa, da ricordare il tessuto adamantino dell'organo dello smalto.

Dal reperto anatomico ed istologico e dal decorso clinico si può stabilire che si tratti di un tumore policistico di natura epiteliale e a struttura adenomatosa.

In quanto alla patogenesi di queste produzioni si può invocare la ipotesi ammessa dal Malassez, cioè che siano in relazione coi residui epiteliali paradentari che si riscontrano normalmente nei mascellari dell'uomo adulto. Questi residui conservano tutte le proprietà degli elementi della originaria membrana dentale embrionale, e perciò la possibilità di produrre sotto l'azione di uno stimolo qualsiasi le varie neoformazioni riscontrate nel tumore descritto.

Catterina si riferisce ad un caso da lui descritto di cisti dentaria multiloculare nel IV Volume del Giubileo Durante, nel quale si vede alla sezione del tumore una corona di dente piccirolato. Questo fatto ed il resto dello studio istologico lo portarono alla conclusione che nell'istogenesi di questo tumore si debba dare importanza tanto all'organo dello smalto quanto ai resti dentari.

Catterina. — *Tumore del velopendolo e della parotide* — Presenta un tumore che estirpò dal velo pendolo di sinistra in individuo di 51 anno.

Il tumore crebbe assai lentamente essendosene l'ammalato accorto per caso 5 anni prima del suo ingresso nella clinica.

Un chirurgo fece allora una puntura esplorativa estraendo poche goccie di sangue.

Ultimamente si ebbero disturbi di fonazione (voce nasale completa) respiro rumoroso e alterazioni di deglutizione, motivo per cui l'ammalato si risolvette a farsi operare.

All'ispezione il tumore era grande quanto un uovo di pollo allungato, era innicchiato nella metà sinistra del velo pendolo, aveva spostato l'ugola a destra ed in alto, e il suo apice era nascosto dietro la base della lingua da dove si poteva uncinare e portare a fior di labbra. L'ammalato poi con semplici movimenti di deglutizione faceva rinculare il tumore che scompariva colla sua cupola, come si disse, nella retrobocca. La mucosa era integra, il tumore indolente, molle, carnoso, non vi era nessun ingorgo glandolare al collo.

L'operazione riuscì facile più di quanto si credeva perchè si potè snucleare con rapidità il tumore. Guarì subito.

Il tumore istologicamente si presenta come un angiosarcoma periteliale.

I disegni microscopici e i preparati che presento credo dimostrino a sufficienza l'origine periteliale del tumore. Apparterrebbe a quei tumori che il Paltauf caratterizzò come periteliomi sorti per germi embrionali, secondo la teoria del Durante.

E per analogia coi tumori parotidea circa l'origine da germi embrionali presento un carcinoma della parotide che estirpai nel gennaio di questo anno assieme a un grosso cordone di glandole cervicali che dalla fossa sopraclaveare andavano lungo il fascio vascolo-nervoso profondo fino alla regione parotidea.

Giunto coll'estirpazione delle glandole in prossimità della regione parotidea legai la carotide esterna e l'estirpazione del neoplasma riuscì facile con poca emorragia.

La donna guarì per primo coalito e la paralisi del faciale preesistente all'operazione accenna a migliorare e non v'è nessun segno di riproduzione.

Il tumore e le glandole presentano la forma di carcinoma tubulare: perifericamente al tumore si trova tessuto ghiandolare normale e perciò il tumore s'è sviluppato da germe embrionale entro alla parotide stessa.

Maffucci. — *Linfoma maligno dello stomaco.* — Un individuo di 33 anni, contadino, dopo una indigestione cominciò ad avere dolori e dispesia e consecutiva profonda anemia, mai vomito: esaminato obiettivamente, si costatò un tumore alla regione della grande curvatura dello stomaco; dopo tre mesi l'infermo morì sotto una profonda anemia.

All'autopsia si riscontrò per due terzi la mucosa dello stomaco infiltrata da una massa neoplastica ulcerata molto molle, e sul resto della mucosa noduli sotto forma poliposa da un pisello ad una castagna, però liberi dalla neoplasia il cardias ed il piloro. Sulla grande curvatura dello stomaco esistevano delle masse neoplastiche da un uovo di pollo ad una ciliegia, molli, e lisci al taglio.

L'esame istologico fece riscontrare un tessuto linfoide, che formava i tumori della mucosa dello stomaco e dei tumori della grande curvatura dello stesso.

L'esame bacterico dopo ventiquattr'ore dalla morte non fu possibile farlo, perchè le alterazioni cadaveriche non portavano ad una conclusione positiva; l'esame bacterico sotto il rapporto istologico della mucosa non fece notare forme specifiche batteriche o sporozoarie, ma viceversa i comuni bacteri.

Il tumore è stato definito linfoma maligno primario dello stomaco partendo dai follicoli linfatici della sottomucosa dello stomaco a decorso relativamente acuto.

Durante dice che è difficilissimo distinguere i tumori veri dalle flogosi. Circa la diagnosi in tutte le forme flogistiche sotto il tipo di linfoma sempre trovate un'iperplasia che muta le condizioni della glandola linfatica. Nei veri linfomi un reticolo citogeno a maglie strette più che fisiologiche è seminato normalmente di leucociti ed assenza di spazi linfatici, e così si è

convinto che i veri linfomi maligni sono rarissimi. Come criterio clinico unica cosa che le linfoademie prendono diverse regioni e tutte le stazioni linfatiche del corpo contemporaneamente.

Maffucci risponde che in un caso di linfoma maligno ove trovò streptococchi nelle glandole non vide reticolo ispessito fino ad assumere una forma fibromatosa. Ora questo tipo egli ha riscontrato nelle glandole grandi ove il reticolo era completamente scomparso.

Dalla Vedova Dott. R. — *Ricerche sperimentali sulla patogenesi dell'ulcera gastrica* — Il Durante pensa che se svariate possono essere le cagioni determinanti dell'ulcera gastrica « il processo non assume la forma anatomopatologica e il quadro clinico classico se i tessuti dello stomaco non sono predisposti da profondi perturbamenti nella loro innervazione » (Durante Pat. Chir. III).

L'A. a studiare sperimentalmente tale quistione ha provocato nei cani (per via transperitoneale) lesioni del vago, del plesso celiaco, del grande splacnico sinistro; sia mediante resezione, sia mediate l'iniezione di alcool. Ha così eseguite 45 esper. Non tenendo conto dei casi che devono considerarsi sperimentalmente come nulli, restano da discutersi i risultati di 34 esper. nelle quali si è avuta la produzione di lesioni a carico della mucosa gastrica.

0	volte su	6	esper.	per lesione	del vago
5	»	13	»	»	pl. celiaco
9	»	15	»	»	dello splacnico.

Le lesioni che furono riscontrate sono: *a*) necrosi della mucosa, *b*) emorragie sottomucose, *c*) ulceri che talora si approfondano anche nella muscolare, mantenendo sempre come caratteristica un'impronta assolutamente necrobiotica.

Tali lesioni si riscontrano in 12 dei 14 casi localizzate a prevalenza o esclusivamente nell'antro pilorico.

Il succo gastrico ha mostrata talora ipercloridria, — fino a raggiungere il 7,665 per mille — altre volte anacloridria (vario momento della digestione? Riegel).

La cagione della morte è stata nella metà (6 su 14) dei casi l'esaurimento (non s'è costatata glicosuria nè acetonuria), nei rimanenti l'animale fu stricnizzato: la durata dell'esper. va da 1 giorno a 60 gg.

Speciale interesse presenta un caso in cui all'ottavo giorno dall'operazione si è avuta ematemesi, e 4 giorni dopo l'animale è morto per emorragia interna: e un caso (cane stricnizzato in 18.ª giornata) in cui si riscontrò gastrectasia, ulcera unica ad anfiteatro, avente sede nel piloro e ipercloridria (acidità totale doppia della media massima del cane).

Tali esperienze autorizzano l'A. a sostenere la possibilità di provocare nei cani — mediante lesioni delle vie di innervazione estrinseca simpatica dello stomaco — la comparsa di ulceri nella parete gastrica, ulceri che pel loro carattere necrobiotico, sono affatto simili all'ulcera gastrica umana.

Nannotti. — *Ricerche sperimentali sulle esclusioni complete ed incomplete del colon. Primo contributo clinico alla cura chirurgica delle enterocoliti croniche ribelli.* — Nannotti ricorda di aver fatta una comunicazione sullo stesso argomento all'Accademia medico-fisica fiorentina nel Maggio decorso per cui si limita a riassumere i resultati delle ricerche sperimentali praticate sui cani al fine di escludere completamente od incompletamente il colon dalla economia animale. Lo scopo di questi esperimenti era quello di studiare come si comportino la nutrizione generale e la funzione intestinale negli animali privati completamente od incompletamente del colon per giungere poi a stabilire con maggiore ragionevolezza e con maggior fondamento scientifico la possibilità di escludere quest'organo anche nell'uomo in alcune gravi forme

morbose. A conferma dei resultati sperimentali Nannotti illustra un caso clinico di grave enterocolite cronica, ribelle a qualunque trattamento medico, curato felicemente coll'esclusione del colon.

L'operazione fatta da Nannotti consiste nel praticare una entero-anastomosi latero-laterale tra l'ileo preso a circa 15 centim. dal suo imbocco nel cieco ed il retto subito sotto alla flessura sigmoidea; per impedire poi che il contenuto intestinale possa in parte inoltrarsi nel colon, occlude l'ansa apparente facendone una specie di affardellamento che rende permanente con adatti punti di sutura. È questo processo più semplice e meno pericoloso che il fare un'anastomosi ileo-rettale con resezione dell'ileo. Il resultato ottenuto da Nannotti è stato brillante: la sua operata è guarita perfettamente della enterocolite che da molti anni la tormentava: la funzione intestinale si è completamente ristabilita e la nutrizione generale ha guadagnato tanto che in soli 2 mesi la paziente è aumentata di 7 chilog. di peso. In base alle sue ricerche sperimentali ed a questo caso clinico fortunato oggi più che mai il Nannotti si sente autorizzato a raccomandare la ileorettostomia per tutte le forme croniche ribelli di enterocolite.

Ghedini crede necessario di bene stabilire le indicazioni dell'ileo rettostomia e di stabilire il limite oltre il quale si può con sicurezza affermare che la enterocolite è ribelle alla cura medica. Egli ha visto guarire due infermi di enterocolite ulcerosa, pei quali, essendo fallite l cure sperimentate dal Nannotti si pensava già ad un intervento chirurgico, quando l'impiego della gelatina procurò la guarigione. Per queste ragioni ritiene si debba sperimentare prima anche la gelatina che provata oggidì da parecchi clinici si è dimostrata capace di guarire stabilmente le enterocoliti sclerose che non erano guarite cogli altri mezzi medici fin qui conosciuti.

Biondi trova interessante la comunicazione, in quanto che stabilisce una nuova indicazione dell'intervento chirurgico e desidera solo aver precisate le indicazioni che debbono in determinati casi sconsigliare la continuazione del trattamento medico per sostituirlo con quello chirurgico.

Nannotti risponde che le indicazioni per l'intervento chirurgico saranno date non tanto dall'intensità del processo morboso quanto dalla persistente inefficacia delle cure mediche razionali e protratte. L'ileo-rettostomia rappresenta presso a poco per le malattie del colon quello che fa la gastroenterostomia per le affezioni dello stomaco.

Ottaviano comunica *un caso di actinomicosi neoplastica dell'appendice*. Si trattava di un individuo, il quale presentava nella regione ileo-cecale un tumore svoltosi lentamente in cinque mesi. I disturbi che avvertiva l'infermo consistevano soltanto in accessi dolorifici, i quali si ripetevano ogni cinque, sei giorni e duravano 7-8 ore. Il tumore aveva la grandezza di un limone, era duro egualmente in tutti i punti, fisso. Estirpato il tumore, si vide che in mezzo ad esso era compresa l'appendice. All'esame istologico tutto il tumore si presentò costituito di un tessuto infiammatorio in parte già organizzato in parte in via di organizzazione. Nell'infiltrazione della mucosa furono riscontrate forme actinomicotiche. Questi elementi furono trovati soltanto nelle sezioni di un pezzo del tumore, in tutti gli altri punti non si trovava alcuna forma di actinomices. L'O. riferisce il lavoro di Hofmeister pubblicato nei Beiträge di Bruns di quest'anno e crede che veramente possa conchiudersi che si tratta di una forma molto rara di actinomicosi dell'appendice, rara sia per la forma clinica sia per la forma anatomo-istologica.

Tusini fa osservare che esistono numerosissime osservazioni di actinomicosi appendicolari, e fra le altre sono classiche le osservazioni del Bostovin sopra un tumore molto simile a quello illustrato dall'oratore.

D'Antona dice che quel caso fu diagnosticato come sarcoma del periostio

dell'osso iliaco; durante l'operazione fu resecato il dotto deferente, il quale dopo non fu suturato perchè credendo si trattasse di un tumore l'Oratore non nutriva la fiducia che il malato guarisse radicalmente.

GANGITANO CARLO. — *Colopessia terminale, resezione e anastomia termino-laterale in caso di prolasso del retto.*

In un infermo con prolasso del retto con enorme apertura anale per distruzione traumatica della parete posteriore, egli dopo aver fatto per due volte la colopessia laterale con diverse variazioni di processo senza risultati durevoli, cercò di mettere in opera un processo proposto ed eseguito dal Sudloff sugli animali, ma che non aveva ricevuto il controllo sull'uomo.

Egli fece un'apertura nella fossa iliaca sinistra, trazione della S iliaca e riduzione completa del prolasso rettale; incisione completa trasversale del cilindro intestinale ed anastomosi termino-laterale del capo centrale in giù nella parte più bassa della S iliaca del colon. Il capo periferico da cui si reseca un tratto di circa 15 cm. è fissato alla parete addominale. Il bottone del Murphy è emesso in 6.ª giornata. Una plastica ano-rettale completò la cura che dette la guarigione, la quale si conserva già da un anno.

JACOBELLI. — *Sulla possibilità del passaggio refluo dalla vescica negli ureteri.* Ricorda le esperienze di Lewin e Contade, che con iniezione di liquido in vescica ottennero la salita di esso negli ureteri. Ha ripetuto le esperienze e conferma la possibilità di tale passaggio. Il fenomeno è indipendente dalla quantità del liquido e dalla pressione, ma dipende dal tempo in cui la pressione si raggiunge. Una iniezione lenta non produce mai reflusso. È indispensabile una iniezione brusca. Siccome poi il fenomeno accade anche in animali morti egli crede che debba attribuirsi solo a mancante resistenza delle fibre muscolari e non alla contrazione attiva di queste, nè ad antiperistalsi.

I corollari di Lewin non sono applicabili alla spiegazione delle infezioni ascendenti. Infatti per l'ascensione batterica è necessaria una notevole replezione vescicale. Egli ha studiato il passaggio batterico dalla vescica nell'uretere, servendosi del bacillo piocianico per la sua facile riconoscibilità. Con la legatura del pene occorrono 48,4 di stasi perchè i batteri fossero presenti negli ureteri. Se invece si distende la vescica con acqua bastano 24,4. Per osservare l'influenza della continuità capillare del contenuto vescicale con quello ureterico, l'A. ha legato uno degli ureteri per intercettare la corrente ed ha osservato che il piocianico era presente nell'uretere vuoto prima che nel pieno. Ha allora ripetuto l'esperienza senza legatura del pene. Legando uno degli ureteri, iniettando piocianico in vescica, permettendo all'animale di urinare, si ha passaggio sin dopo 7 ore di batterii nell'uretere vuoto, mentre nel pieno, funzionante, non passano. Come controllo ha introdotto giornalmente in vescica piocianico ad un coniglio a cui non aveva fatto nulla e dopo 5 g. i due ureteri non mostrarono batterii presenti.

L'A. conclude che la vera difesa dell'uretere è la corrente discendente. Intercettata questa, p. e. da un calcolo, l'immigrazione batterica si compie rapidamente (7 ore nel coniglio), quando la vescica contiene batterii. L'A. crede che parecchi casi di pionefrosi calcolosa si possano ricondurre a questo meccanismo di genesi.

DE PAOLI. — Fa plauso alla accuratezza e copia degli esperimenti presentati e si permette di osservare come nella Clinica il regurgito dell'urina nell'uretere deriva spesso da condizioni patologiche dell'uretere. Così dopo la nefrostomia in specie per tubercolosi o pionefrosi si può dopo alcuni giorni osservare l'uscita dell'urina dal moncone dell'uretere dilatato ed infiammato. Chiede ai colleghi della Società se ebbero ad osservare con frequenza questo regurgito in analoghe condizioni. La dilatazione patologica dell'uretere agevola la diffusione accordante. Riguardo al modo di diffusione dell'infezione al rene giudica che oltre alla via ascendente si debba dare grande importanza alle altre cure pel sangue, ecc.

JACOBELLI risponde ringraziando delle osservazioni fatte e fa notare che egli non conclude l'influenza delle lesioni anatomiche dell'uretere nel fenomeno del reflusso: è naturale che a vescica ammalata, quando lo sbocco ureterico diviene quasi sclerotico il reflusso è facile; così egli ha inteso parlare di uretere sano nel quale il reflusso non accade. Circa poi la genesi delle infezioni renali è perfettamente d'accordo che non è solo la via ascendente quella seguita dai batteri; oltre la via sanguigna vi è la migrazione del *coli* attraverso i tessuti che spiega molte infezioni renali. Ma egli ha voluto richiamare l'attenzione sul fatto che nei casi di infezioni ascendenti l'abolizione della corrente discendente nell'uretere facilita di molto l'ascensione batterica.

JAJA. — *Estrofia della vescica.* — L'A. riferisce sopra 4 casi di estrofia vescicale operati nella Clinica Chirurgica di Firenze dal prof. Colzi con l'innesto degli ureteri nel retto e 1 caso di *epispadia grave completa* curato con la deviazione dell'orina nel retto, determinando una fistola vescico-rettale.

Espone i risultati e conclude:

1.° Che l'innesto degli ureteri nel retto o in generale la deviazione delle urine nell'intestino è compatibile con la vita. Ricorda di un malato vissuto 7 mesi, ed uno che vive da quattro anni in buone condizioni di salute ed un altro da un anno.

2.° Che la mucosa del retto si abitua al contatto con l'orina e che i fenomeni di *proctite e di colite* in tutti e cinque i nostri operati sono mancati.

3.° Che lo sfintere anale si mostra capace di potere contenere le urine nel retto per parecchie ore (4-5 ore) tanto di giorno, quanto di notte senza mai verificarsi incontinenza.

4.° Non è stato possibile evitare nei loro pazienti l'infezione renale ascendente, per quanto altri autori affermino il contrario.

5.° Che nei nostri operati sono stati sempre innestati gli ureteri nel retto, mai sezionati, ma sempre muniti del loro sbocco ureterale e di un lembo di mucosa vescicale: ed è certamente questo secondo metodo da preferirsi al primo, benchè anche questo non garantisca completamente dall'infezione renale ascendente.

6.° Che nei piccoli pazienti affetti da estrofia l'innesto degli ureteri nel retto è operazione delicata e grave, sia per le esiguità degli ureteri, sia per la trazione che si deve su di essi fare, per innestarli sotto la porzione sotto-peritoneale del retto.

7.° L'impianto della vescica nel retto, come l'ultimo nostro caso, facilita le manovre d'impianto degli ureteri nel retto, quantunque anche con questo procedimento non si evitino gli stiramenti sull'uretere, sembrerebbe perciò almeno nei piccoli pazienti più conveniente il metodo Maydl.

8.° Che nell'epispadia completa può essere razionale per ottenere la continenza dell'orina, di deviare le orine nel retto, chiudendo poi la bocca vescicale potendo di poi provvedere con una operazione di plastica, alla ricostituzione del membro.

9.° Che il processo per stabilire una fistola funzionante retto-vescicale è quello di aprire la vescica dalla via rettale, previa dilatazione, suturando le pareti rettali a quelle vescicali.

CECI si congratula caldamente per l'interessante contributo dell'argomento importantissimo dell'innesto degli ureteri nel retto, nel quale per ricerche sulla letteratura aveva idee pessimiste. Mi permetto, dice, però di fare qualche osservazione critica: ritiene che per l'epispadia il metodo sia eccessivo, egli è riuscito a ricostituire completamente le forme tipiche delle vie urinarie inferiori in un caso di epispadia completa, isolando la doccia ure-

trale e tutto il suo percorso riducendolo a canale, riportando questo attraverso le radici di corpi cavernosi inferiormente nel pene e ricostruendo l'orificio uretrale esterno. Il pene ritorna a forme normali e capace di erezione. Quanto all'estrofia gli parve che l'innesto degli ureteri possa anche evitarsi. Al peggio scollando i margini della vescica può ricostruirsi una cavità che sbocchi nella parete addominale: un apparecchio artificiale come nei prostatici cistostomizzati può regolare l'evacuazione della vescica. Mai ha osservato in parecchie cistostomie per prostatismo pielonefriti ascendenti: ora, se il processo manca nei vecchi spesso in condizioni deplorevoli per la lunga ritenzione urinaria sofferta, è logico sperare che debba mancare nei bambini con estrofia che ad eccezione della malformazione sono sani e resistenti. Malgrado casi favorevoli crede che il pericolo di una pielonefrite ascendente minaccia gli innestati degli ureteri nel retto.

JAIA ringrazia delle osservazioni e fa notare che se nel caso dell'epispadia grave si è intervenuto con un atto operativo allo scopo di deviare le urine nel retto, è stato solo perchè non si è creduto possibile in quel caso usare altri metodi di cura stante la grave lesione; e che con la comunicazione di questo caso non intende asserire che la condotta da seguirsi in simili casi deve essere sempre quella dagli autori accennata. Condivide perfettamente col Ceci l'opinione che negli individui operati d'innesto degli ureteri nel retto è inevitabile o prima o dopo comparsa di più o meno gravi fenomeni di infezione renale ascendente.

BETAGH. — *Due casi di papilloma della vescica.* — Presenta due casi di papilloma vescicale osservati in questo ultimo anno nell'Istituto Chirurgico di Roma ed in cui la diagnosi del neoplasma non potè essere determinata coi comuni mezzi d'indagine e nemmeno mediante l'esame cistoscopico a causa del forte intorbidimento del liquido dato dal gemizio sanguigno. Invece riuscì perfettamente allo scopo l'aspirazione del contenuto vescicale fatta per mezzo di un catetere metallico, al quale fu innestato un annesso schizzetto a tre anelli. Questa manovra usata già da tempo dal prof. Durante e non descritta dagli autori dà ottimi resultati per le ricerche diagnostiche tutte le volte che si trova un tumore papillomatoso nel cavo vescicale, condizione questa nella quale in genere la palpazione addominale e renale non ci fornisce dati precisi. Vengono così facilmente aspirati dalla vescica insieme al liquido in essa contenuto dei corpuscoli di colorito bianco-grigiastro e di aspetto villoso che esaminati a fresco con preparati per schiacciamento mostrano le più belle figure di papille. L'aspirazione del contenuto vescicale non dà nessun inconveniente: essa non provoca emorragia ma solo lieve gemizio sanguigno, poichè il suo meccanismo si può benissimo paragonare a quello dello strappamento. Nei casi illustrati dall'autore si intervenne con la soprapubica: in uno il tumore era unico, impiantato sul trigono; nell'altro furono trovati cinque papillomi, di cui quattro nel trigono ed uno nella parete anteriore della vescica. Allo scopo di potere dominare l'emorragia fece la sutura incompleta della vescica: procedimento questo che oggi è entrato nella pratica comune. L'esame microscopico in ogni caso mostrò la forma di papilloma puro nel senso istologico della parola.

DE RIZZO. — *Influenza della sutura dei vasi spermatici sulla nutrizione della prostata.* — L'A. esprime i risultati delle esperienze, da lui praticate sui cani, con la legatura bilaterale o unilaterale dei vasi spermatici, per studiarne gli effetti subiti dalla prostata. Egli afferma di aver notato in tutti i casi atrofia della prostata. E perciò osserva, che in tutti i casi in cui non si possa eseguire per una ragione qualsiasi il processo del prof. Bottini, si possa sostituire alla castrazione o alla sezione dei vasi deferenti la legatura e resezione dei vasi spermatici, anche in un sol lato, sperando di ricavarne gli stessi effetti per la prostata.

SALOMONI dice che già quattro anni fa a proposito di un lavoro del suo assistente D Rocco Camminiti negli effetti delle operazioni sugli organi genitali nell'iscuria da ingrossamento prostatico espresse l'avviso che gli esperimenti negli animali hanno un puro valore fisiologico e non possono essere citati in appoggio o dimostrazione dell'efficacia terapeutica, perchè gli animali hanno la prostata sana, mentre l' iscuria senile è sostenuta da fibromioadenoma della prostata. Rimaneva però che i miglioramenti nell' orinazione si potevano avere e si erano avuti in buon numero di queste cure : ed ora aggiunge che il numero dei buoni resultati oggi è cresciuto di molte centinaia. A lui però è capitato di osservare ancora buona efficacia nell'orchio-ectomia in due casi e dalla deferentectomia in un caso (operati da altri). E ricorda che miglioramenti si possono spiegare altrimenti. Crede ancora che l'operazione nell' iscuria prostatica sia l' incisione termogalvanica alla Bottini. Ne ha cinque casi, in quattro dei quali ebbe ottimi e duraturi risultati. Riconosce che talora si avrà a ripeterla: il che in qualche caso per la speciale ubicazione o per la forma dei tumori detta incisione possa essere sostituita con frutto dalla enucleazione o dalla resezione della parte eccedente della prostata. Di queste operazioni ha un caso felice. La resezione fu fatta dal perineo e fu molto estensiva, quasi totale. Ciò malgrado l' atto operativo decorre agevole e le sequele furono felicissime perchè non rimase nè pure la temuta incontinenza d'urina. In fine, massime pei casi di cistoparesi con cistite grave, crede convenire il meato ipogastrico di Poncet, di cui pure ha un caso felice risalente all'89.

D'ANTONA è contrario alla castrazione. Nel caso citato dal Rizzo vi fu indotto perchè l'individuo era impotente da quindici anni, e lo volle assolutamente. RIZZO risponde che è pienamente d'accordo col Salomoni nel riconoscere che i risultati delle sue esperienze non possono essere trasportati nel campo clinico, e che oggi tutti i processi adoperati per combattere l'ipertrofia prostatica debbono cedere il passo al processo dell'incisione termogalvanica alla Bottini. Però esistono indiscutibilmente in Clinica dei casi di ipertrofia prostatica che si sono giovati della castrazione e della resezione di vasi deferenti. Orbene avendo l'autore riscontrato nella prostata del cane con la resezione unilaterale dei vasi sanguigni spermatici le stesse alterazioni che si notano in seguito alla castrazione ritiene che si possa sostituire la prima operazione alla seconda, poichè in tal modo si arreca la minore offesa possibile all'apparato sessuale.

PASCALE G. — *La conservazione dell'ovaja nell'isterectomia totale per miofibromi uterini.* La quistione è intimamente connessa all' istogenesi ed alla funzionalità ovarica. Essa non è una quistione nuova, poichè è intimamente legata alla castrazione e sue indicazioni, può dirsi che essa fu conseguenza dell'abuso che si fece della castrazione ovarica per opera specialmente di chirurghi americani.

Un eco di questa reazione si ebbe nel Congresso dei Chirurghi Francesi del 1891 in cui già lo *Spencer Wells* ed il *Lawson Tait* si occuparono della quistione, ma furono completamente in disaccordo e così pure i Chirurghi francesi. L'anno dopo nel 1892, la quistione fu discussa ancora nel 2.° Congresso di ostetricia a Bruxelles ; e poi ancora nel Congresso di Génève 1896 ; e finalmente al Congresso internazionale di quest' anno nel mese di agosto ultimo scorso per opera specialmente del *Mauclaire* e *Jayle*, partigiani della conservazione dell'ovajo ; e dal *Pozzi* ed il *Bouilly*, il quale ultimo specialmente fu molto reciso, dicendo che anche egli credeva molto poco alla cachessia ovaripriva : che non era partigiano nè della conservazione nè dell' innesto dell' ovaio nè del trattamento consecutivo con succo ovarico.

La quistione perciò è perfettamente insoluta ed i vecchi Chirurghi po-

tranno portarvi il loro largo contributo personale. Io non intendo però considerare la quistione dal punto di vista generale della conservazione dell'ovajo; ciò che riuscirebbe molto difficile: anche perchè, la terapia conservatrice d'un ovajo od anche di parte di esso nell'ovariectomia, nei processi infiammativi limitati, ed anche in altre affezioni, di questi organi, sembra oggi dalla maggior parte dei Chirurghi accettata e messa in pratica.

Non è lo stesso però quando deve procedersi all'isterectomia totale per miofibroma uterino. Qui non vi è più la probabilità che la donna possa divenire incinta, qui non trattasi più di preoccupazione morale della donna. Ma, si dice, la funzione ovarica dell'ovajo conservato è necessaria pel benessere dell'inferma e, per impedire la cosidetta cachessia ovaripriva, che l'esportazione dell'ovajo apporta.

A prescindere, per ora, dall'importanza clinica di questi fatti e dalla loro giusta interpretazione; io mi sono domandato: nei miofibromi è necessario lasciare l'ovajo dal solo punto di vista della secrezione interna? Ed è ciò innocuo per l'inferma? In altri termini l'ovajo lasciato conserva la sua funzionalità?

E poi la castrazione uterina ha o pur no un'influenza sulla giandola?

E dai dati clinici delle donne operate, quali deduzioni possono trarsi?

Per poter rispondere a queste quistioni io mi sono proposto:

1.° Lo studio delle alterazioni che si riscontrano nelle ovaje di donne affette da miofibromi.

2.° Lo studio delle ovaja lasciate sperimentalmente in sito in tutti i diversi modi, dopo l'isterectomia.

3.° I rapporti e le possibili interpretazioni delle lesioni riscontrate.

4.° I dati clinici osservati nelle diverse inferme sia prima sia dopo l'atto operativo.

Le prime ricerche anatomiche riguardano principalmente le mie operate, la prima delle quali rimonta a tre anni fa (1897). Però esse di poi sono state ricercate in una larga serie di ovaje di miofibromi, ancora ben conservati nel museo della clinica, diretta dal mio maestro Prof. d'Antona; ed una larga serie di miofibromi con le annesse ovaje perfettamente conservate che ho avuto dalla cortesia del collega Spinelli.

Di tutto questo ricco materiale io ho tenuto specialmente conto delle inferme da me operate, principalmente perchè ho potuto seguirle da vicino; poi di quelle altre operate le quali, ancora viventi, hanno potuto fornirmi i chiarimenti clinici post'operativi necessarii, ogni osservazione anatomica perciò porta un N.° progressivo corrispondente a quello del quadro clinico riportato nella memoria.

I dati anatomo-patologici non differiscono gran che da quelli dei precedenti osservatori, e che trovansi riferiti nei pochi lavori in proposito pubblicati e che io ho tutti riferiti nella mia memoria.

Le alterazioni che costantemente si riscontrano nel così detto ovajo da miofibroma possono, secondo me, riassumersi nei seguenti gruppi principali:

A) *Distrurbi circolatori* che, ordinariamente, sono di natura meccanica. Sviluppo vasale notevole specie della parte midollare: ma anche nella parte corticale. Stasi venosa, grossi vasi con pareti sottili liberamente comunicanti, molte volte d'aspetto simile a tessuto cavernoso.

Si comprende che vi si accompagnano emorragie sia libere sia entro cavità (follicoli) e ciò in tutte le fasi dalle più recenti alle più antiche, e quindi colle varie fasi di alterazioni e trasformazioni.

B) *Fatti degenerativi*: La sede comune è la degenerazione *pelvica* riscontrata coi vari metodi; e che si può riscontrare sia nei *vasi* e propriamente nella media dei vasi in tutte le fasi comuni si vede dai preparati;

sia anche nel connettivo peridorsale. Essa però si riscontra ancora a *chiazze* di forma caratteristica in mezzo a tessuto sano, di aspetto speciale, che è facile vedere essere dei *corpi lutei*. Anche in altri punti isolati del connettivo può riscontrarsi e talvolta nella cosidetta albuginea, nello strato cioè immediatamente sottostante all'epitelio come nel preparato. E finalmente essa si riscontra nella *uova* quando queste ancora esistano; poichè il fatto più rimarchevole è appunto la *scomparsa dei follicoli*. Di essi non si riscontra più traccia, ed invece sono sostituiti da un *ispessimento notevole* del connettivo; che costituiva quasi completamente tutta la parte corticale dell'organo.

L'altra degenerazione importante è la *microcistica*. La cui genesi è differente, o per follicoli che non scoppiano: o per follicoli che non arrivano a maturità, per fatti emorragici.

Per fusione di pareti vicine si possono formare anche delle concarcerazioni d'onde quell'aspetto speciale di molte di queste ovaie visibili chiaramente anche ad occhio nudo delle particolarità nei singoli casi.

S'intende che questa degenerazione non ha che fare colle cisti proprie dell'ovaio che possono complicare i miofibromi.

C) *Processi di atrofia*: Può avverarsi in tutti gli elementi costitutivi dell'ovaio. Anzitutto l'ovaio intero per stiramento, per torsione, per compressione può atrofizzarsi p. es. nell'osservazione 3.ª della mia serie; ma oltre a ciò vanno incontro ad atrofia i follicoli, i corpi lutei non che *l'epitelio germinativo*.

L'epitelio perciò o è scomparso o ha perduto completamente i caratteri dell'epitelio germinativo.

Sono questi fatti così sommariamente riassunti in relazione coi disturbi di circolazione locale, oppure essi debbonsi interpretare diversamente?

Sulla fisiologia dell'ovaio si sa che l'epitelio germinativo e quindi gli ovuli primordiali ed i follicoli, vanno soggetti a continua fase di degenerazione e rigenerazione; e che la degenerazione fisiologica del parenchima ovarico avviene appunto per degenerazione ialina e grassa dell'uovo, del follicolo, per speciale alterazione dei nuclei dell'epitelio, non che per fatti atrofici nei corpi lutei e sugli altri elementi costitutivi del parenchima.

Però accanto a questi fatti degenerativi si sa avvengono notevoli fatti di digenerazione nell'epitelio per cui il parenchima si rinnova e ciò per lo meno sino all'epoca della pubertà.

Si comprende da ciò che nessun processo nuovo noi riscontriamo nel cosidetto ovaio da miofibroma, tranne più accentuati i fatti degenerativi del parenchima ovarico; a cui contemporaneamente, non corrispondono fatti di degenerazione da parte dell'epitelio.

Ed io credo *che appunto in questo mancato equilibrio sta la ragione dell'alterazione dell'ovaio, per cui a poco a poco vanno a mancare tutti i caratteri specifici della glandola e della sua funzionalità.*

Questo mio modo di interpretazione dei fatti sarà più chiaro quando si saranno esaminati al microscopio i diversi stadî della ovaia alterata specialmente nelle diverse età delle donne mature alle giovanette in cui l'attività ovarica e nell'epoca del suo maggior sviluppo, come io posso, fortunatamente, mostrarvi in tre delle mie operate. S'intende perciò che il grado delle alterazioni deve variare coll'età delle inferme, colla durata del miofibroma, coi disturbi intercorrenti sia locali che generali, con la forma anatomica del tumore (impianto, estrinsecazione, ecc.); ma principalmente colla funzionalità dell'utero.

Sicchè io credo che più che a disturbi meccanici e trofici le alterazioni dell'utero in seguito al miofibroma, l'alterazione della sua funzionalità, deve certamente avere la sua influenza sulla funzionalità dell'epitelio germinativo dell'ovaio, per cui questo perde anch'esso la sua attività; massime poi in se-

guito ai disturbi di circolazione e d'innervazione ed ai processi irritativi cronici locali così frequenti nei miofibromi.

Quasi potrebbe dirsi che vi ha una senilità precoce nell'organo.

S'intende che questi fatti nell'ovaio avvengono molto lentamente e gradatamente, e l'organismo si adatta a lungo andare alle nuove mutate condizioni di cose.

Certo è difficile potere a priori determinare, specie nelle giovani quando la funzionalità dell'organo è completamente abolita. E certo però che difficilmente s'incontra un follicolo a maturità. — Delle alterazioni delle trombe non ho creduto occuparmene sia perchè non interessanti per la quistione, sia perchè esse già descritte dal collega Greco.

Dall' altro canto anche esperienze si sono fatte per vedere l' influenza della castrazione uterina come quelle del *Glosvecke*, *Grammatikati*, *Bordé* ed ultimamente del *Mauclaire*, ma i cui risultati sono così incerti e contraddittori, che era necessità riprenderli, controllarli ma sopratutto *subordinarli* ai risultati microscopici e vedere se essi possono contribuire a rendere più chiare le deduzioni che io innanzi vi ho esposte.

Ma è evidente ch'esse non potranno infirmare i risultati delle mie ricerche anatomiche.

Gli esperimenti furono fatti su cagne e coniglie dopo isterectomia addominale:

1.° lasciando un solo ovaio *accuratamente* sia in connessione colla circolazione dell'art. uterina e della spermatica (ciò che nel cane riesce agevole); sia in relazione con la sola uterina; sia seguendo l'uterina e la spermatica completamente.

2.° sia lasciando entrambi gli ovari, ma, da una parte, perfettamente connessione colla circolazione; dall' altra sequestrando, mediante legatura, la o l'altra circolazione arteriosa.

3.° lasciando un solo ovaio a posto; e l'altro asportato, previa legatura, *ed innestato* alle pareti addominali mediante sutura a parte.

3.° praticando la semplice isterectomia producendo il minor guasto tessuti senza alcuna legatura: e poi *togliendo* le ovaia, in epoche successive con *intervalli sempre maggiori l'una dall'altra.*

Le altre particolarità e le modalità di tecnica, credo inutile qui riferire anche per non abusare dell'attenzione dei colleghi.

Le esperienze, quantunque alcune già di molti mesi, pure non possono ancora fornire dati molto precisi. È certo però che nell'isterectomia, anche io condotta, l'ovaio lasciato mostra fatti degenerativi molto più marcati che non quello estirpato in primo tempo. Ma di ciò più diffusamente in altra mia comunicazione.

BASTIANELLI. — I fatti interessanti narrati da Pascale non mi pare che possano ancora essere generalizzati, concludendo da essi che l'ernia nei miofibromi produce l'epitelio germinativo e che la capsula fibrosa che lo copre e seppellisce in modo gli ovuli da rendere impossibile la loro fecondazione. Ora non si può mettere in rapporto questa conclusione coll' osservazione giornaliera delle gravidanze in donne con miofibromi? Sarebbe dunque opportuno che il collega dirigesse le sue ricerche a stabilire in quali casi di miofibroma e in quale epoca del loro sviluppo e con quanta frequenza si trova quell'alterazione da lui studiata.

MAROCCO. — L'argomento è grave di fronte agli x che ancora si hanno in fisiologia. Io ho osservato analogia di alterazioni ovariche tanto nelle... lesioni, nei miofibromi e nel cancro uterino. Io le divido tali alterazioni in due grandi categorie, le forme congestive e flogosi croniche semplici e le forme con degenerazione cistica da cisti di ritenzione. Bene inteso queste due forme sono di corredo per buona parte, ma sono giustificate

da ciò che le forme cistiche dispongono di un elemento meccanico arbitrario che può aumentare in ora fissa, si fondono, si ispessiscono agendo meccanicamente più o meno rapidamente, più o meno decisamente nel tessuto ambiente. Ed ora un' osservazione sulla nota istologica del Pascale. L' epitelio germinativo non è cilindrico; abbiamo tutte le gradazioni di modificazioni dell'epitelio lasso germinativo. Sull'ovaio più alterato non abbiamo la possibilità di trovare isole di tessuto ovarico conservato. Nella necessità il Chirurgo procede per una sola via: per elezione il Chirurgo deve essere conservatore sempre e specialmente nei riguardi degli organi sessuali qualunque sia la forma primaria.

Ceci. — Dal momento che il Pascale non ammette la cachessia ovaripara rispondo che per mio conto ho osservati vari casi fra i quali tre assolutamente tipici. In tutti e tre erano stati estirpati agli annessi per processi infiammatorî cronici, in uno il processo era tubercolare, aveva quasi distrutte le ovaia. L'età delle pazienti era rispettivamente di 15, 21 e oltre 30 anni. L'alterazione della nutrizione si sviluppò per lo più dopo un tempo notevole dalle operazioni subite, un anno, oltre due anni. Sorprendente fu il mutamento avvenuto nella ragazza operata a 15 anni. I tratti del viso s' alterarono perdendo la loro finezza, s' ingrossò la voce, il tessuto adiposo sottocutaneo diventò abbondantissimo e di aspetto pseudo-edematoso come nella cachessia tiroipiva, una notevole ipoemia e debolezza generale. Tralascio quanto si riferisce ai disturbi nervosi, sui quali è stata richiamata l'attenzione di molti osservatori. Lo stato di debolezza e l' alterazione della crasi sanguigna diminuirà negli altri due casi. In tutti e tre si aveva un miglioramento meraviglioso con la somministrazione di ovarina.

D'Antona. — Bisogna distinguere le modificazioni dell' organismo dai fenomeni veri di cachessia: ma a me sembra che il Ceci abbia accennato ai casi in cui si avevano modificazioni e non cachessia. In un caso in cui il Ceci ebbe mixoedema osserva che il soggetto era tubercoloso. Nelle sue operate mai cachessia, ma solo mixoedema.

Ceci. — La cachessia consisteva in una ipoemia e debolezza generale: questi fenomeni diminuivano con la somministrazione dell' ovarina; ma lo stato generale ritornava peggiore cessando la cura.

Pascale. — È certo che non può a priori stabilirsi quando queste alterazioni sono a tale punto da avere abolito completamente l' attività ovarica. Esse avvengono gradatamente e nelle donne giovani più tardi che in quelle di una certa età, nelle quali l'attività funzionale è già o quasi abolita. Ma è certo che anche nelle giovani queste alterazioni sono evidenti. L' età quindi dell' inferma, la durata del miofibroma, i fatti irritativi locali che hanno accompagnato lo svolgimento del miofibroma ed altre condizioni debbono influire grandemente sulle alterazioni da me descritte. A parità di condizione se trattasi di una giovanetta ancora molto distante dal periodo della menopausa, io anche nel dubbio propendo per la conservazione dell' ovaio nell' adulto; ciò è per lo meno superfluo. Lo stesso va detto per l'osservazione del collega Marocco; a cui inoltre io aggiungerò il fatto delle possibili gravidanze in donne con miofibromi; ciò è probabile nei casi, nei quali l'ovaio non ha ancora raggiunto quel grado cospicuo di alterazione e nei quali la cavità uterina non è ancora deformata nè la mucosa alterata.

In quanto poi allo stato delle ovaia nelle altre affezioni degli organi genitali femminili, io fò subito rilevare che per non complicare la questione non ho qui tenuto conto nè dei processi infiammatorî dell' ovaio, nè dei vizii di posizione e direzione dell'utero nè delle forme nevralgiche, poichè in quasi tutti questi casi la terapia chirurgica è ben differente e quando si può si deve fare ogni sforzo per conservare tutto o parte dell'ovaio. In quanto alla forma dell' epitelio germinativo il collega Marocco comprenderà

che esso varia a seconda si trova in attività di rigenerazione, nei cordoni ovarici o nei follicoli.

Queste non sono modalità d'importanza.

In quanto alla domanda del Prof. Ceci di una cachessia ovaripriva, io fo rilevare che io ho chiaramente dichiarato che mi sono occupato dei soli miofibromi, che tutti sanno trattarsi di tumori a lento sviluppo, in donne ordinariamente adulte, che si accompagnano a processi irritativi locali e che io non credo in simili casi possa avverarsi una vera cachessia. I piccoli disturbi (ingrossamenti (?) cambiamento della voce, fatti nervosi) che si notano talvolta, rappresentano l'eccezione e non hanno conseguenze pel generale.

Però come ho già detto non è lo stesso per le altre affezioni degli organi genitali in cui s'interviene chirurgicamente. Qui bisogna essere molto più cauti ed in questi casi per le ragioni dette io sono fautore della conservazione delle ovaia. Così nelle affezioni infiammatorie, nelle irritative dolorifiche, accessionali.

Nè bisogna dimenticare che molti casi di gravi conseguenze, l'estirpazione di entrambe le ovaie per lo meno hanno lasciato il dubbio che non siasi trattato di lesioni molto più gravi non bene conosciute e che hanno a loro conseguenza sul generale della inferma. Ma di ciò nella memoria originale.

De Rossi. — *Empiema del seno frontale e stenosi laringea da proiettile da farsi.*

1.° Caso. — Giovane donna. Da sei anni era affetta da empiema cronico al seno frontale di sinistra; aveva frequenti accessi di dolore alla parte lesa, ed elevazioni accessionali della temperatura del corpo.

Il Prof. De Rossi, avendo deciso d'intervenire chirurgicamente, aprì il seno frontale dallo esterno, servendosi però di un lembo osteoplastico alla Durante, il qual lembo dando modo all'osso di riprodursi, impedisce la formazione di una cicatrice, deturpante.

La breccia ossea (praticata con la sgorbia) per penetrare nel seno, era ampia quanto una moneta da due centesimi.

Si raschiarono le pareti del seno e si fece un' apertura sul pavimento di esso applicandovi un drenaggio con la cavità vasale corrispondente (Metodo Luc.). L'inferma guarì rapidamente e del subito atto operativo, eseguito già da 3 anni nella Clinica Otoiatrica di Roma, non è residuata che una lieve cicatrice lineare appena percettibile. L'osso asportato si è ricostituito.

2.° Caso. — Si tratta anche qui di una giovane donna, di robusta costituzione, la quale tre anni fa venne colpita alla laringe da un proiettile di arma da fuoco, che asportò la parte anteriore della cartilagine tiroide e della cricoide. L'inferma subito dopo il trauma fu tracheotomizzata perchè minacciata di soffocazione. La ferita alla laringe guarì lasciando però stenosato l'organo, malgrado si fosse tentato di porvi riparo con la laringofissione e la permanenza in sito di un cilindro di Scrhoetter.

Quando l' inferma entrò nella Clinica Otoiatrica era possibile, soltanto con un sottilissimo specillo, di passare attraverso il lume del canale laringeo, e questa manovra si poteva solo eseguire dal basso attraverso la fistola tracheale, perchè dalla bocca, per deformità dell' ostio, non si riusciva ad imboccare il tubo laringeo.

Il Prof. De Rossi, che si era proposto il compito di ridare alla laringe un calibro tale da permettere il ripristamento della respirazione per la bocca, cominciò dal fare una dilatazione forzata della laringe con uno strumento dilatatore da lui ideato e consistente, nelle linee generali, in una specie di speculum bivalve di Krammer. L' operazione fu eseguita sotto completa narcosi cloroformica ed ottenuta così una sufficiente dilatazione il Professore De Rossi cercò di mantenerla ed aumentarla col passaggio continuato

di sonde del Beniquet, di cilindri di Schroetter e di canule speciali da lui ideate.

Quando il lume della laringe fu abbastanza ampio, il De Rossi fece costruire, ed applicò all' inferma, una canula doppia laringo-tracheale, la quale, mentre da una parte impediva la riproduzione della stenosi, dall'altra permetteva all' inferma di respirare dalla bocca perchè la canula laringea era in diretta comunicazione con la tracheale, la quale a sua volta poteva venir chiusa dall'esterno.

Abituatasi l'inferma a bene sopportare questa canula il Prof. De Rossi ne fece costruire delle altre in cui il calibro della canula laringea andò sempre aumentando. Attualmente l' inferma porta una canula laringo-tracheale di cui la porzione che va in laringe ha un diametro di 12 mm. La respirazione ora si compie perfettamente dalla bocca.

Il Prof. De Rossi, adesso che l' ampiezza della laringe nell' inferma è tornata quasi normale, si propone, per non obbligare la malata a portare la canula per tutta la vita, di ricostruire la parte mancante di scheletro della laringe con una plastica cartilaginea.

Nannotti domanda se non poteva farsi una plastica della fistola tracheale con semplici lembi cutanei e ricorda a questo proposito un caso personale, felicemente operato dopo che erano stati tentati inutilmente tutti i metodi più comuni.

De Rossi dice che a seconda della gravezza e se la stenosi si può vincere e non data da molto tempo si può ricorrere al processo accennato dal Nannotti.

Martini domanda se non sarebbe stato opportuno adoperare per impedire l' afflosciamento determinato dalla pressione atmosferica una placca di celluloide anzichè un pezzo di cartilagine soggetto eventualmente coll'andare del tempo al riassorbimento.

De Rossi respinge il metodo della celluloide che non si riassorbe: il riassorbimento della cartilagine è possibile, ma non provato.

Ceci riferisce sopra *tre casi di carcinoma dell'esofago ed altri tumori della faringe e laringe* in cui dovette intervenire colla semplice gastrostomia perchè i pazienti gli furono inviati in periodo troppo inoltrato della malattia. Passa poi ad illustrare quattro casi di estesa resezione con tre guarigioni (una totale) del faringe per tumori seguendo il processo di Krönlein alquanto modificato, poichè avendo dovuto sempre eseguire anche il vuotamento delle regioni carotidea e parotidea se ne giova per allacciare la carotide esterna, completando le operazioni in un campo quasi esangue.

Riferisce quindi sopra un'estirpazione di faringe e di laringe con resezione dell'esofago per carcinoma di cui presenta il pezzo. L'ammalato guarì ed in seguito alla ricostruzione totale del faringe eseguita con plastica cutanea cervicale a doppio lembo potè deglutire normalmente.

Termina esponendo altri due casi di tumori multipli del laringe che potè guarire colla laringofissione.

De Paoli Erasmo. — *Legatura delle arterie uterine. Contributo sperimentale e clinico.* — Vi è contradizione sull'efficacia della legatura delle arterie uterine e questa legatura è stata applicata anche in casi in cui non vi erano tumori. Manca un giudizio generale perchè il metodo non è stato ben studiato sperimentalmente perciò il relatore si è messo in questi studi da un tempo abbastanza lungo. Dapprima i suoi esperimenti furono incompleti perchè voleva vedere se l' utero attaccato totalmente alla vagina fosse capace oppure no di vivere. In seguito praticò la legatura solo delle arterie uterine rispettando il resto. Un primo fatto costante è che l' utero malgrado la mancanza dell'afflusso arterioso vive e si può dire non diminuisce di volume. L' utero messo in questa condizione si attacca con grande facilità cogli organi vicini e coi piccoli vasi di questi. La mucosa si altera, vi è un'elimi-

nazione rapida epiteliale con infiltrazione degli strati sottostanti, i muscoli sono poco alterati da cui infiltrazione leggera, i vasi si trombizzano ma il trombo dopo qualche tempo in qualche punto vi canalizza i vasi che provengono dalle aderenze, cresce il piccolissimo calibro e si può dire che il circolo si ristabilisce completamente, la mucosa ridiventa normale, salvo che è un po' iperplastica, i vasi trombizzati si canalizzano, però la circolazione più che per via arteriosa si ristabilisce per la dilatazione dei vasi capillari e delle lacune vasali. La muscolare dell'utero si presenta un poco atrofica ma nello strato esterno e medio più che nell'interno. Riguardo all'applicazione agli organi ammalati, noi facendo la legatura dell'arteria uterina non possiamo avere la speranza di modificare le neoformazioni uterine di natura epiteliale, nè possiamo sperare nemmeno di avere modificazione nei neoplasmi di origine connettivale o muscolare. Si può avere qualche speranza solo nei neoplasmi di origine vascolare. Gli esperimenti clinici furono fatti appunto nei casi di malattie uterine in cui le modificazioni vascolari sono le maggiori, e si ricercò nelle emorragie della menopausa e nelle endometriti chirurgiche visuali. In questi casi ho ricorso alla legatura delle arterie uterine al raschiamento della cavità uterina ed amputazione del collo. I resultati terapeutici sono stati eccellenti. Ho esaminato i colli dell'utero amputati ed in tutti questi ho trovata una sola dilatazione vascolare che prova che si trattasse di un angioma cavernoso.

Marocco. — Prendo la parola perchè dall'ultima parte della comunicazione mi risultano dei fatti a me nuovi e nella mia mente diversamente intesi. Quando in una donna in menopausa o prossima al cessare delle regole si fa, di fronte al fatto emorragico il raschiamento, l'amputazione del collo e la legatura delle uterine tenuto conto che, a seconda dell'oratore, tali perdite possono spesso rappresentare la propagazione del cancro, mi domando: perchè non demolite l'organo, in quanto così è molto più semplice e si prevede e provvede? In fatti però di soccorso il curante è il solo giudice competente in omaggio al detto, non ci sono malattie, ma malati. Sulla circolazione della matrice però vorrei essere illuminato dal collega perchè l'utero che fruisce di circolazione prevalentemente capillare privato dalle sue vie arteriose non puo essere nutrito dalle arterie vaginali che in via eccezionale o di anomalie o di condizioni patologiche speciali. In quanto ai nervi vi sono i gangli proprî del corpo e il grosso ganglio cervicale. Le alterazioni descritte dopo le praticate legature non possono essere da me apprezzate se prima io non rispondo a me stesso in modo soddisfacente nei riguardi alla circolazione, alla nutrizione dell'organo in seguito alle legature fatte.

De Paoli. — Le arterie vaginali per l'inserzione della vagina sul collo uterino portano sempre all'utero e spesso in alterazioni patologiche dell'organo ricco molto sviluppato e contribuiscono certamente a portarvi sangue. Ciò è noto a tutti quelli che praticano isterectomie totali. Negli esperimenti ha legati tutti i vasi proprî dell'utero. L'utero contiene nel suo parenchima una quantità di arterie in specie nello strato medio e non ha circolazione quasi esclusivamente capillare come asserisce il Marocco. Sebbene l'utero contenga gangli nervosi proprî, i nervi penetrano nell'organo dei ligamenti, e i rami nervosi sono visibili entro lo spessore dei ligamenti che vanno appunto in quei gangli: staccando i legamenti si tagliano queste fibre e si isola in somma parte l'utero dai nervi che vi giungono. Non esatto che invece di praticare la legatura delle arterie si poteva praticare l'isterectomia; è appunto quest'operazione grave se non gravissima, in specie in donna esaurita, da emorragia e vecchia, che vorrei sostituire con queste altre operazioni senza pericolo. È questa l'applicazione pratica della mia comunicazione con tendenza alla chirurgia conservatrice. L'unico caso di morte per isterectomia vaginale l'autore l'ebbe appunto in donna di età avanzata con papillomi sem-

plici al collo ed endometrite emorragica, e lo studio del preparato dimostrandogli anche meglio la non necessità dell'operazione, gli ha lasciato un grande rammarico, e quindi la sua pratica nell'avvenire.

Biagi. — *Dell'azione dell'iodio nella peritonite tubercolare.* — I casi da noi trattati sono 6 di cui 5 dentro la Clinica, 1 ambulatoriamente (rimonta al febbraio del 1896).

1° Si trattava di una giovane di 20 anni da Fabriano ammalata da 3 mesi con una forma di peritonite cronica essudativa saccata; lo stato generale gravemente deperito, febbre vespertina costante. È operata di laparotomia, si giunge così su una cavità da cui si estraggono circa 3 litri di liq. puris. identico a quello delle raccolte tubercolari: guarisce prima in tutta l'estensione tranne in un punto; in seguito tutta la cicatrice subisce come un rammollimento per produzione di granulazioni fungose, il cavo si riapre e si trova nuovamente tappezzato di neoformazioni tubercolari.

Iniezioni iodo-iodurate — 1 ctgr. di iodio al giorno, la fungosità dei margini e delle pareti del cavo si trasforma in tesssuto di granulazione cicatriziale la malata dopo 1 mese è dimessa completamente guarita.

Nel 2.° caso (rimonta al gennaio del 1896) si trattava di una ragazza di Roma di 21 anni ammalata del pari da circa 3 mesi di una forma essudativa, cronica, saccata, con febbre serotina, grave deperimento generale. Si praticano le iniezioni iodo-iodurate finchè dopo 2 mesi la malata è dimessa completamente guarita.

Nel 3.° caso (rimonta al novembre 1898) è una sposa di 31 anni da Ceprano; soggetto tossicoloso con gravi lesioni polmonari a destra; la malattia ha tipo saccato, decorso acuto. — Il soggetto è fortemente deperito — febbre serotina elevata. Si praticano 41 iniezioni iodo-iodurate alla Durante di 2 ctgr. L'inferma è dimessa guarita localmente, per nulla migliorata delle condizioni polmonari.

Nel caso 4.° (rimonta al maggio 1893) è una giovane ragazza di anni 18, con dati anamnestici sospetti, affezione a tipo essudativo cronico libero. È dimessa dopo aver fatto 22 iniezioni senza più traccia di ottusità agli ipocondri, molto migliorata nello stato generale. A casa continua la cura iodo-iodurata per bocca. Oggi da notizie assunte dal Sanitario locale il suo stato di salute è ottimo.

Nel caso 5.° (rimonta al Gennaio 1900) si tratta di una ragazza di 31 anni da Petrella Liri affetta da Peritonite tubercolare ad essudato libero che rimonta ad un anno addietro, con febbre alla sera, grave denutrizione. Si praticano 93 iniezioni, è dimessa completamente guarita. Il miglioramento comincia dopo la 20ª giornata. Il peso è di molto aumentato, la sanguificazione molto migliore.

Nel caso 6.° Bambina di 5 anni con peritonite ad essudato libero — Datante da 3 mesi — Accenno di lesioni polmonari — Soggetto eminentemente scrofoloso — Coperta letteralmente da lichene — Eruzione eczematosa al naso, cheratite e congiuntivite — Comincia la cura nel luglio — Vengono fatte 60 iniezioni. Dal settembre ad oggi ah fatto la cura iodo-io- durata per bocca. Al presente l'essudato è quasi totalmente scomparso, si ha solo una leggera ipofonesi nell'ipocondrio destro. La febbre che era elevatissima e scomparsa; il lichene, e lo stato generale notevolmente migliorato tanto che oggi da 14 chili è arrivato a 20 Kgr.

Diagnosi. — La diagnosi di peritonite tubercolare in tutti questi casi s'imponeva per l'insorgenza subdola e cronica dei primi sintomi, la grave e rapida denutrizione, lo stato poverissimo di sanguificazione, la febbre vespertina per solito costante meno un caso in cui dava tregue variabili per durata, dopo però essersi mantenuta costante per lungo tempo, i fatti polmonari concomitanti nella maggior parte dei casi, i dati anamnestici remoti e

recenti. Ed anche per il 3.° a decorso acuto la natura tubercolare è fuori dubbio a causa delle gravi lesioni polmonari riscontrate. Nel 6.° caso volemmo a scopo diagnostico in parte, in parte per controllare l' ipotesi del Fontanile Fabozzi in un caso identico, per la quale il potere infettivo o marantico dal liquido peritoneo si distinguerebbe al seguito della cura, volemmo ripeto saggiare questo potere del liquore estratto con una siringa sterilizzata in precedenza, prima di intraprendere la cura ma l'esperienza riuscì negativa perchè di 6 casi inoculati 5 non diminuirono affatto di peso, una morì senza reperto in 2.ª giornata dall'inoculazione. Tutto questo del resto non deve meravigliarci e non depone affatto contro la natura tubercolare del morbo.

Azione dello iodio. — Che poi la guarigione sia imputabile unicamente ed esclusivamente allo iodio è fuori di discussione. Infatti mentre per lo innanzi tutte le inferme *febbricitavano*, la febbre non tardò a diminuire dopo la 1.ª iniezione. In generale si è constatato che bastarono le prime 10 o 15 iniezioni perchè la febbre cadesse, e *fatto importante da noi* notato la caduta della febbre era sempre contemporanea ma ad un inizio di riassorbimento del liquido o ad un miglioramento notevole dello stato generale; e le inferme, che stavano durante la cura a dietetica pressochè ordinaria, — una fu curata, come dicemmo, ambulatoriamente — mentre in principio erano *in un pessimo stato di nutrizione e di sanguificazione;* in seguito aumentavano di peso e miglioravano le condizioni loro di ematopoiesi.

Riguardo ai *fatti polmonari* nel caso 3° in cui erano molto accentuati non migliorarono affatto, mentre migliorarono di molto nel caso 4.°

Il *riassorbimento completo* del liquido in alcuni casi come sul 5.° fu molto lento: occorsero 93 iniezioni. Oltremodo dimostrativo riesce sovratutto il caso 1.° in cui la cura iodica portò la guarigione là ove la laparotomia riuscì inutile.

Le forme anatomiche così *trattate* son tutte forme ascitiche ad essudato libero o saccato: in un solo caso nel 1.° che fu in precedenza trattato colla laparotomia il liquido era purisimile.

Per la dose noi variammo da 1 ctgr. a 3 ctgr. a seconda della varietà dei casi per iniezione sottocutanea e mai avemmo a lamentare inconvenienti di sorta. Oggi si vantano successi brillantissimi con alte dosi di iodio in composizione svariata con olio, siero, latte; a noi mancano esperienze in proposito, può darsi però che le condizioni di assorbimento e di tossicità dello iodio rimangano variate in siffatte composizioni di guisa che dosi che altrimenti sarebbero venefiche riescano medicamentose.

Solo voglio fare le più grandi riserve su un metodo proposto ultimamente come più attivo, l'iniezione endovenosa di soluzione iodurata e per quanto mi manchino esperienze personali in proposito basterà che sfogliando i diarii dell'autore ricordi che egli ha avuto degli animali di esperimento morti per embolia con lesioni costanti, che negli altri arrivano fino alla trombosi completa.

Le iniezioni sottocutanee invece, sebbene dolorose, non vanno certamente soggette a questi gravi pericoli: e con esse si possono ottenere del pari buoni risultati come nel caso nostro, tanto buoni da incoraggiare ogni volta all'esperimento non foss'altro per tentare di evitare, se è possibile, un atto operativo che per quanto semplice non manca di una certa gravità.

Biondi. — Indubbiamente l'iodio è un rimedio spesso eroico contro la tubercolosi chirurgica. Questo lo sanno benissimo sopra tutti i chirurghi che debbono prestare l' opera loro non solo in vantaggio di infermi che possono essere trattati con più o meno gravi operazioni, ma ancora in vantaggio di quelli, certo più numerosi, affetti dalle svariate manifestazioni e localizzazioni della tubercolosi chirurgica, nelle quali è umano e scientifico prima

dell'intervento sperimentare tutti i mezzi incruenti di cui si dispone, oppure come in alcuni casi associarli ad operazioni. Si deve perciò essere molto grati al Durante di avere richiamata l'attenzione su questo rimedio e di averne generalizzato l'uso contro con male tanto aggressivo e grave. Nella Clinica di Siena dal Pitzorno si è fatto in 47 infermi di svariate forme di tubercolosi la cura iodica col latte iodato dello Sclavo, spingendo spesso la dose giornaliera fino all'iniezione sottocutanea di 25 ctm. di iodio. Il latte iodato Sclavo, quando l'iniezione è ben fatta e quando non si spinge di piu la dose, è ben tollerato e riesce affatto indolente. Questa cura si è fatta da sola in diversi processi tubercolosi ottenendo aumento notevole dell'appetito, aumento del peso, benessere generale, aumento del grado emoglobinico e spesso guarigione del processo morboso. In altre osservazioni, specie di tubercolosi ossee articolari come in altre di tubercolosi glandolari della forma fibrosa, ecc., si è dovuto associare alla cura iodica quella chirurgica, in seguito alle quali si è ottenuta spesso una più rapida guarigione operatoria. Per cercare di domare del tutto il processo morboso in molte osservazioni si è continuato per diverso tempo nella stessa cura iodica ancora quando tutti i fatti obiettivi locali e generali facevano apparire spento il processo morboso. In alcuni infermi prima d'iniziare la cura iodica si è avuta reazione caratteristica alla tubercolina, reazione che è mancata dopo la cura. In considerazione di tutto ciò, dell'alta importanza dell'argomento l'Oratore ritiene che la Società discuterà l'argomento in rapporto ai seguenti punti di vista. 1.° Sino a quale dose giornaliera si può spingere l'iodio per via ipodermica. 2.° Sono preferibili le iniezioni in località distanti dalle lesioni o nei focolai del male. 3.° Sotto quale forma di preparazione è preferibile somministrare il rimedio. 4.° Per quanto tempo si deve continuare nella somministrazione del rimedio, a processo apparentemente spento, per non fare recidivare il male. 5.° Quali sono le forme tubercolari, nelle quali l'iodio da solo non basta. 6.° Quali le altre nella quali alla cura iodica bisogna associare l'intervento operatorio.

Parlavecchio. — Il fatto che esistono veramente delle guarigioni permanenti come anche delle recidive, si connette col fatto che lo iodio non agisce come specifico antitubercolare, (non giova infatti nelle tubercolosi mediche), ma come ricostituente e come eccitativo dei tessuti che debbono distruggere ed incapsulare i focolai colpiti. Da ciò la necessità di non contentarsi di avere raggiunta la guarigione, ma di continuare a sostenere l'organismo nella lotta. A questo proposito dice di essersi trovato molto contento delle iniezioni di arseniato di ferro, indolori, nei soggetti già troppo saturi di iodio, salvo a riprendere poi la cura iodo-iodurata.

Alessandri, rispondendo ad una domanda del Biondi, ricorda di avere presentato nell'ultimo Congresso tre casi gravissimi di tubercolosi articolare, due del ginocchio ed uno dell'articolazione radio-carpica e piccole articolazioni del corpo, specialmente importante per la sua gravità, in cui si ebbe guarigione perfetta. Ora questa guarigione percorre completa e i primi due casi datano da quasi cinque anni.

Ceci. — Io pure ebbi resultati mirabili, di miglioramenti e di guarigioni, di processi tubercolari sia glandolari come peritoneali, con la cura iodo-iodurata, che considero come una delle più solide conosciute della terapia chirurgica: per ciò non voglio operare casi delle affezioni anzidette senza che la cura sia sperimentata, e l'associo all'intervento quando ciò per condizioni speciali si rende necessario. Ho ottenute guarigioni in peritoniti tubercolari recidivanti alla laparotomia. Però osservo che come pel iodioformio migliorava anche i processi di natura luetica, e talvolta la diagnosi differenziale è difficilissima ed anche impossibile.

Roth osserva che al Durante spetta il merito di avere introdotto e diffuso il metodo delle iniezioni ipodermiche iodo-iodurate nella cura della tuber-

colosi chirurgica. Afferma averne praticato qualche migliaio in varie forme di affezioni tubercolari chirurgiche di diversi organi e apparenti sempre con notevoli vantaggi, superiori a quelli che si sarebbero pure ottenuti con altri mezzi di cura.

In seguito ha praticate molte iniezioni di iodio, guaiacolo canforato del Coronedi, che hanno il vantaggio di produrre lieve dolore. Ora pratica le iniezioni di latte iodato dello Sclavo che hanno la prerogativa di non produrre il più lieve dolore, e permettono di iniettare notevole quantita di iodio Egli non ha mai iniettato più di 10 ctm. di iodio per giorno, in una sola volta. Mai ebbe fenomeni di iodismo: i risultati ottenuti non sono definitivi: però ha ottenuti miglioramenti notevoli delle condizioni generali e tale una modificazione delle alterazioni locali da controindicare interventi chirurgici demolitori.

De Gaetano riferisce di un caso di otite media bilaterale tubercolare operato sei anni fa due volte di craniectomia per diffusione di processo alla mastoide sinistra ed alle meningi ed al cervello. Dopo la seconda operazione l'infermo fu sottoposto alle iniezioni alla Durante. Ebbe dopo una cinquantina di iniezioni il miglioramento generale; fu cospicuo non solo, ma si ebbe anche la guarigione della otite media tubercolare del lato opposto. Da allora ha praticato circa 700 iniezioni iodo-iodurate a diverse riprese ogni qualvolta le condizioni generali e locali richiedono; ed è meraviglioso il vedere come dopo un certo numero di iniezioni le condizioni generali migliorano sensibilmente e tanto che ora il soggetto attende allo studio, che aveva dovuto sospendere per lungo tempo. Con questo caso perciò crede di rispondere al Prof. Biondi al quesito se il metodo Durante sia un metodo assolutamente curativo, e cioè che la tubercolosi guarisce, ma resta la possibilità che il processo si riaccenda. In altri termini l' Oratore crede che la Durante sta alla tubercolosi così come la cura mercuriale sta alla sifilide: si ha la guarigione ma resta la possibilità che la malattia si rinuovi, nel qual caso bisognerà riprendere il metodo curativo.

Bonomo riferisce anologamente ai vantaggi della cura iodica i risultati favorevoli ottenuti da un individuo affetto da sifilide recente con fenomeni cerebrali, notevole abbassamento della funzione visiva. Dopo infruttuoso trattamento antisifilitico con iniezioni di cianuro di mercurio pensò di sottoporre l' infermo alle iniezioni iodiche alla Durante alternandole con quelle mercuriali. Quando iniziò questo trattamento misto ipodermico, le condizioni dell'infermo erano molto gravi per i crescenti disturbi cerebrali, fra i quali predominava un senso di barcollamento con dolori alla nuca ed all'occipite, e per l'abbassamento del potere visivo fino al punto che in certi momenti l'infermo non era in grado di muoversi senz'essere accompagnato. Dopo le prime iniezioni iodiche i disordini visivi cominciarono a diminuire ed allora decise di riprendere il preparato mercuriale e proseguire senza interruzione tutti i giorni la cura iodica somministrando da 1 a 2 ctgr. di iodio per ciascuna iniezione. Furono veramente meravigliosi i risultati di questa cura e dopo la quindicesima iniezione i numerosi disturbi cerebrali e l' abbassamento del potere visivo scomparvero del tutto. È notevole questo risultato terapeutico che ci ricondurrebbe all' antica fede nell' iodio nel trattamento della sifilide, specie quando entrano in campo alterazioni del sistema nervoso centrale resistenti all' azione del mercurio e quando l' ipoemia sifilitica si aggrava coll'uso prolungato del mercurio. Si augura di potere nella prossima adunanza della Società riferire su altre consimili cure e che mettano in evidenza i vantaggi della cura iodica nella sifilide.

Martini. — Il Professore Sclavo ottiene il suo latte jodato facendo agire l'Jodio metallico sul latte fresco, scremato, e che poi conserva asettico colla aggiunta di un po' di cloroformio. Che si costituisca così un com-

posto jodo-albuminato sicuramente stabile è dimostrato dal fatto che se viene sottoposto alla dializzazione il latte jodato, mentre nella parte dializzata si ottiene una lieve reazione dell'Jodio dovuta alla presenza di joduri, nei quali una piccola parte dell'Jodio aggiunto si è trasformata, nella porzione di latte non dializzata non si svela la presenza di Jodio, la quale solo ed evidente apparisce, quando si sottoponga all'essiccamento e alla calcinazione la parte non dializzata stessa.

Durante cerca di mettere a posto alcuni pregiudizi o malintesi sull'azione dell'iodio. Nella prima comunicazione egli disse: l'iodio non è un medicamento specifico e se tale dovrebbe agire nella tubercolosi medica come sulla chirurgica. Egli crede che mette l'organismo in tale condizione di resistenza contro il bacillo della tubercolosi; 2.° da un aumento di vitalità agli elementi contro il bacillo; 3.° l'azione dell'iodio in vitro, o negli animali da esperimento è nulla; 4.° Non riesce sempre la sua azione benefica. In alcuni casi non si sa capire perchè, risponde meglio nelle adeniti tubercolari nel 95 %. Nei casi che non rispondono e si fa l'operazione, si sono trovate nelle glandole (grigie) moltissimi bacilli ed in individui leucemici, maggiore quantità d'insuccessi nelle lesioni tubercolari delle ossa e delle articolazioni. E questo specialmente nelle infezioni miste cioè sini aperti, ecc. Nelle lesioni tubercolari non si ha che il 10 % d'insuccesso. Egli crede che le dosi maggiori sono nocive anzichè giovevoli (jodismo). La dose minima di 1 centimetri nei bambini, negli adulti da 1 ½ centigrammi a 2 cm. è la dose che dà il successo.

Umberto Rosa. — *Contributo clinico alla sutura delle arterie. Sutura della omerale.* Il signore che presento alla osservazione vostra ha la grave eta di 76 anni. Egli era annualmente abituato a farsi praticare un salasso e recentemente in questa circostanza il sanitario chiamato ad aprire la vena aprì disgraziatamente l'arteria omerale. Accortosi dell'accidente favorito da valide e numerose cicatrici preesistenti per i pregressi salassi, procurò istantaneamente la emostasi temporanea mercè una fasciatura compressiva, poscia condusse il ferito al vicino ospedale di S. Giacomo ove io mi trovava come Chirurgo di guardia.

Sbrigliando le ferita fatta dal Collega caddi facilmente sull'arteria omerale che trovai ferita longitudinalmente per l'estensione di 7 mm. circa.

Nella estensione del braccio i margini collabivano perfettamente.

Riconoscendo che in quel punto l'arteria era nonostante lo stato arteriosclerotico del soggetto inerente alla avanzata età, perfettamente sana, come lo dimostravano l'aspetto, il colorito, il diametro, la consistenza e l'espansione pulsatoria, ritenni conveniente e più opportuno praticare la sutura invece dell'allacciatura, incoraggiato dai buoni risultati clinici di altre suture praticate.

Quattro punti di sutura staccati e ravvicinati cercando di non interessare l'intima e un quinto di rinforzo sulla tunica esterna mi procurarono una perfetta emostasi.

Tuttavia per garanzia passai al di sotto dell'arteria e al di sopra della sutura un filo di seta, i cui estremi furono fatti uscir fuori dalla ferita cutanea fra un punto e l'altro di sutura, perchè dato la produzione tardiva di una emorragia si potesse subito dare il pronto soccorso. Medicatura, fissando il braccio in estensione. L'operazione fu praticata senza narcosi.

All'ottavo giorno furono tolti i punti e il filo di seta di sicurezza: riunione di prima della ferita. Il polso si mantenne sempre tanto nella radiale che nella cubitale normale e identico a quello del lato sano.

Attualmente lo stato è questo: sulla cicatrice applicando il dito si avverte una pulsazione comunicata facilmente dal tessuto cicatriziale che involge l'arteria, e forse resa più sensibile dal fatto dell'impulso della corrente

sanguigna, determinato da un restringimento del lume arterioso in corrispondenza del punto in cui esisteva la ferita e in cui avvenne il ravvicinamento dei suoi margini mercè la sutura. Il polso sulla radiale normale è eguale a quello dell'altro lato.

Salomoni. — Il Dott. Rosa ha detto che ebbe cura di non trafiggere tutto lo spessore della parete vasale. La sua fu una preoccupazione come per molti altri chirurghi ed esperimentatori che esercitarono l'angiorrafia e secondo lui si deve a questa preoccupazione sovratutto se incertezza regna ancora sull'importante argomento della sutura delle arterie. Egli guidato dal criterio di analogia coll' enterorrafia e dalla nozione del modo di guarigione delle ferite vasali per opera massime dell'endotelio, ha cercato di far combaciare esattamente le superfici endoteliali nelle suture dei vasi. Dai canalicoli di trasfissione parietale non si ha pericoli d'emorragia perchè è noto come poco sanguinino e si chiudano da sè, e ciò dalla pratica e dalle prove di Heidenhein e Lindner che nella arteriorrafia trasfiggeva appunto tutto lo spessore parietale e ottennero facile e pronta emostasia colla semplice compressione digitale dei punti gementi. Ed i fili o si possono come nel mio metodo non fare sporgere a contatto del torrente circolatorio o riescono innocenti ricoprendosi di un sottile coagulo che poi scompare. Pone come indicazioni della sutura dei vasi le ferite dell'aorta e delle vene cave, delle arterie anonime, succlavia, carotide primitiva ... la cui legatura o è impossibile o piena di gravi inconvenienti. L'angiorrafia col suo metodo è pure applicabile agli aneurismi traumatici dell'aorta e della cava, di cui esistono casi nella letteratura.

Ricorda il suo metodo di sutura circolare delle arterie che si compone dei seguenti tempi:

1.° scopertura del vaso;

2.° isolamento per la legatura;

3.° emostasi provvisoria. Si solleva leggermente il vaso e ad 1-1/2 cm. dal punto ferito da ciascun lato si colloca di traverso sul vaso una pinza Klemmer a branche lisce od una serre-plate. Ha provato che i lacci scivolano o strozzano troppo;

4.° sutura del vaso. I primi punti si mettono sulla parte più profonda. L'ago finissimo rotondo armato di filo di seta più sottile del N.° 0 trafigge tutta la parete a 2 mm. dal margine libero passando da fuori in dentro su un segmento e da dentro in fuori sull'altro, afferrando l'uno dopo l'altro con pinza fine.

Si applicano 3-4 punti senza annodare i capi, ma consegnandoli appaiati a mezzo di pinze: poi si stringono i nodi di ogni filo a sè, mentre un assistente tiene avvicinati i monconi come continua poi a fare agendo sulle pinze emostatiche fino alla fine dell' angiorrafia. I punti sono messi fitti a 1-1 1/2 mm. di distanza fra loro e tanti quanti occorrono per la chiusura perfetta di tutto il contorno. Si guardi che l'intima d'un segmento combaci esattamente con quella dell'altro: si aggiunge magari qualche punto un po' più largo e compressivo dove la sutura appare difettosa.

5.° Quantità definitiva. Si rilasciano e si leva via il Klemmer prima dal moncone periferico e poi dal centrale.

6.° Sintesi della ferita operatoria riunendo ciascuno strato a sè cominciando dalla guaina vasale.

In questo modo il mio allievo Dr. G. Tomaselli ha eseguiti su 11 cani e 1 montone 14 esperimenti di questo mio metodo di sutura circolare delle arterie.

2	sull' aorta addominale	con 2	successi
7	sulla femorale	» 4	»
5	» carotide	» 1	»

Gli animali furono conservati in vita per 10-32 giorni e alla uccisione si trovò pervio il lume vasale, ristretto un po' il calibro 3 volte per leggera irregolarità nell'angiorrafia e conseguente vegetazione dell'endotelio nelle ineguaglianze.

Dimostra i pezzi.

Di Gaetano riferisce un caso di sutura dell' arteria femorale eseguita nell'Ospedale dei Pellegrini di Napoli in collaborazione del collega Lingeniti.

Si trattava di una ferita da punta e taglio lunga circa 5 o 6 mm. e trattata con punti staccati. Il risultato fu perfetto, la circolazione essendosi ristabilita.

Essendosi occupato dell' argomento sperimentale sui cani crede che il processo di addossamento endoteliale non si debba generalizzare a tutte le ferite delle arterie ottenendosi risultati soddisfacentissimi colla sutura sotto endoteliale a punti staccati o con sutura a sopraggitto.

Rosa ringrazia gli Osservatori. Fa notare che cercò di non interessare l' intima, perchè con questo metodo si hanno risultati clinici ottimi.

D' Urso G. — *Ricerche sperimentali sulla patogenesi della idronefrosi.*

L'A. si è proposto di ricercare fino a qual punto le anastomosi della emulgente colle soprarenali e lombari mediante i rami capsulari concorressero col loro sviluppo notevole (Lindemann) a far si che alla ligatura rapida e completa dell' uretere segua la idronefrosi anzichè l' atrofia renale primaria.

In un gruppo di animali (conigli e cani) alla legatura rapida e completa dell' uretere, ha associato lo scapsulamento del rene, cioè l' isolamento ottuso dell'organo, il quale rimaneva allora in connessione coll'organismo mediante l'arteria e vena emulgente e l' uretere. In questi, così come in quegli animali nei quali era stata praticata la sola legatura rapida e completa dell' uretere, si è svolta la idronefrosi, e non l'atrofia renale primaria nè la uronefrosi.

In generale il rene presentava superficie liscia senza aderenze; in alcune esperienze l'organo scapsulato avea contratte aderenze circoscritte cogli organi vicini, con sviluppo di vasi anastomotici nel più o meno completo compenso dei disturbi circolatorî indotti dall'occlusione dell' uretere. Ma la abolizione o l' impedito sviluppo delle anastomosi non è condizione sufficiente perchè alla chiusura completa e rapida dell' uretere sussegua l'atrofia renale primaria anzichè l' idronefrosi.

Carlo Mariani. — *Incisione circolare unica come cura radicale delle varicî e piaghe varicose agli arti inferiori.*

L'A. in 3 casi di cura Moreschi per piaghe varicose e varici ebbe a lamentare: edema al piede insistenti anche per qualche mese; ritardo molto forte della completa cicatrizzazione della incisione inferiore; dolori lungo la cicatrice sopramalleolare e disturbi per la pressione della calzatura durante il camminare; il metodo, a rigore, ineseguibile quando estese piaghe comprendano le regioni malleolari; in un caso necrosi abbastanza estesa della cute del collo del piede e consecutiva formazione di un tessuto connettivo cicatrizio impigliante i tendini degli estensori ed ostacolante i movimenti del piede. La guarigione delle piaghe e delle varici fu però sempre completa.

Questi reliquati post-operatori lo persuasero a sopprimere l' incisione sopramalleolare, ritenendola troppo lesiva per la nutrizione dell'estremità inferiore dell'arto, ed atta a produrre, per la sua speciale posizione, dei disturbi in causa della calzatura e del camminare.

Eseguì invece per le stesse indicazioni una sola incisione colle stesse norme del Moreschi poco al disopra delle piaghe della gamba, e ad ogni modo cercando di condurla possibilmente nel massimo diametro della sura. Operò tre casi con questa *incisione circolare unica* ed ottenne risultati

sotto ogni riguardo ottimi, non verificandosi alcuno degli spiacevoli fatti post-operatori sopra detti, in modo da mantenere così della cura Moreschi tutto ciò che vi era di più efficace e da toglierne i possibili inconvenienti.

Altri Chirurghi pure hanno giudicato troppo complicata l'operazione Moreschi ed il Giordano l'ha modificata eseguendo due circoli di suture percutanee invece che due incisioni circolari, ed aggiungendovi la resezione della grande safena alla radice della coscia.

Fu proposta ed eseguita dal Pitzorno, assistente del Prof. Biondi a Siena, la resezione della grande safena per prevenire il periodo di un embolismo; questa aggiunta si può fare anche all'incisione circolare unica dall'A. eseguita. In caso di piaghe al di sopra del ginocchio, sarebbe necessario accettare il consiglio di Moreschi stesso e fare una incisione anche alla coscia al disopra delle piaghe; questo però difficilmente si troverà necessario.

Quanto all'*anestesia* nelle cure radicali per varici in genere il Mariani è partigiano o della narcosi generale o della anestesia locale cocainica per via ipodermica; quest' ultima è efficace e pratica nell' incisione circolare unica per la minore estensione del taglio, si può ritenere poi quasi innocua perchè il laccio emostatico alla coscia rallenta l'assorbimento della cocaina, che d'altra parte esce quasi tutta attraverso all' incisione della cute stessa.

Critica l' uso fatto da alcuni dell'anestesia spinale alla Bier nelle operazioni per varici, perchè non occorre in questi casi l'anestesia di *tutto l'arto*, ma della *sola cute*, perciò non trova indicato l' uso di un metodo di anestesia assai delicato ed ancora imperfetto. Egli stesso l' ha già usato per altra indicazione chirurgica ottenendo poca anestesia e molti disturbi postumi.

Riporta 3 casi operati col metodo Moreschi tipico e 3 casi operati colla incisione circolare unica. Con quest' ultima operazione ebbe guarigioni rapide con assenza di edemi e mancanza assoluta di qualsiasi disturbo circolatorio e doloroso al di sotto dell' incisione. Raccomanda quindi ai colleghi l' *incisione circolare unica alla sura*, accompagnata o no dalla resezione preventiva della gran safena alla radice della coscia, nella cura radicale delle piaghe e varici alle gambe. Questo metodo, per la sua semplicità e razionalità e per essere innocuo, merita di essere usato; dall' ulteriore sua applicazione potrà così essere fatto più fondato giudizio.

Caterina. — Ho operato col metodo Moreschi già nel 1895: ebbi in complesso buoni risultati; in seguito ebbi anche degli insuccessi, cosicchè oggi sono ritornato al metodo di Trendelenburg colla circoncisione circolare di Nussbaum aggiungendovi lo spezzettamento o il raschiamento della o delle ulceri. Ebbi ottimi resultati per la massima parte anche nei casi di vene complicate a ulceri grosse e pertinaci.

Parlavecchio in circa sei anni ne ha così operati circa 18 casi facendo solo le due incisioni circolari totali a diversa distanza tra di loro, dalla cute alla aponevrosi. Ha sempre ottenuto l' obliterazione delle varici in primo tempo. Pochi ne ha riveduti delle varici in primo tempo. Pochi ne ha riveduti dopo tempo considerevole ed in uno solo di questi trovava edema molesto. L'edema appunto è la conseguenza più noiosa dell'operazione, ma non si ha se non quando gli infermi guariscono per seconda intenzione. I casi senza piaghe guariscono per prima, non risentono alcuna cattiva conseguenza ed ottengono risultati bellissimi.

Biagi constata per la cronaca che avendo avuto occasione di seguire infermi curati col metodo Moreschi tipico ed atipico, li ha ritrovati nelle corsie di cronici non solo con edemi degli arti inferiori, ma con vere e proprie gangrene speciali.

Bastianelli prega il Collega di verificare se la sua modificazione non sia identica al così detto metodo di Peterson, e che consiste in un taglio circolare e sutura.

De Paoli dice che leggendo le memorie sulle varici pare che gli autori le considerino come tumori maligni giacchè si legano tutte le vene superficiali e profonde. Quando questo sia fatto rigorosamente in due punti della gamba si dovranno avere con facilita dei ristagni del sangue, dei disturbi di nutrizione e malgrado tutto non si toglie la causa prima della malattia. Poichè la lesione è della safena interna e sue ramificazioni anatomia pa ologica e clinica dicono che basterebbe fare un'incisione semicircolare. Si loda della cura alla Trendelenburg e anche della legatura percutanea di tutte le varici.

Salomoni per le ulceri e varici alle gambe ha praticato ampiamente l'operazone di Trendelenburg coll'aggiunta dell'escisione dei gozzi varicosi. Ha ottenuti splendidi resultati lì per lì, ma non mancarono le recidive. Crede quindi colla maggioranza degli ultimi osservatori che l'operazione di Trendelenburg serve stabilmente solo in quei casi in cui è dimostrabile chiaramente l'insufficienza valvolare come unica o prevalente causa delle varici, ma esponga a recidive e per fino a insuccessi completi: e che quindi convenga individualizzare bene i casi, studiando le cause e le alterazioni delle varici. Circa l'operazione Moreschi non ha esperienze proprie; ma ricorda che Durante con una numerosa statistica dimostrò di sovente l'inefficacia di essa operazione di guarire radicalmente le varici e gli inconvenienti di essa rappresentati massime da cicatrici ed edema diffuso.

Di Gaetano domanda al Salomoni quali sono quelle varici che non dipendano da compressioni, insufficienza valvolare con endoflebite e menoflebite, come hanno dimostrato l'Epstein e lo Janni.

Mariani risponde al Catterina che certamente la Trendelemburg, coll'incisione della cute attorno all'ulcera può dare guarigione ma in casi leggeri, perchè questa operazione non tiene conto delle collaterali.

Al Prof. Salomoni che le cure radicali per varici si fanno appunto solo quando esse dipendano da cause periferiche, da lesioni cioè localizzate alle sole vene dell'arto e non legate a malattie di ordine diverso.

Al Parlavecchio ed al Biagi che i loro risultati concordano coi propri, cioè si possono avere guarigioni buonissime ed alle volte invece casi disgraziati specialmente per residui post-operatori, che spesso sono localizzati al piede o alla parte inferiore della gamba, e che crede in buon numero dipendenti dalla presenza dell'incisione circolare sopramalleolare che altera troppo la nutrizione della parte.

Col De-Paoli concorda nel ritenere troppo devastatrice l'operazione del Moreschi; lo provi la modificazione proposta; il metodo del De-Paoli usato è pur esso assai complicato, temerebbe poi qualche infezione attraverso ai molti punti percutanei che comprendono i tessuti venosi.

A Bastianelli risponde che non conosce modificazione uguale alla sua fra la bibliografia che potè consultare.

Risponde *a tutti* che intenzione sua fu di modificare il Metodo Moreschi per ciò che riguarda gli inconvenienti che ebbe a verificare e che sapeva essere stati verificati da altri. Non intende doversi surrogare il Metodo Moreschi, da lui modificato. agli altri; tutti i metodi conosciuti hanno dato e possono dare guarigioni in casi leggeri; in casi più gravi è da consigliarsi la cura Moreschi modificata sopprimendo l'incisione inferiore che è origine di molti disturbi circolatori e nutritivi.

A. Ghedini e L. Angelozzi (Ferrara). — *Azione della gelatina sul sangue*. — Gli A.A., avendo, nell'Istituto di Patologia generale e nell'Arcispedale Sant'Anna di Ferrara, compiuto una serie di ricerche sperimentali e cliniche allo scopo di accertare l'azione coagulante della gelatina sul sangue, sono venuti alle seguenti importanti conclusioni:

1.° che la gelatina favorisce realmente la coagulazione del sangue: *a*) nei vasi, *b*) fuori dei vasi;

2.° che la gelatina, in dose terapeutica, non provoca nessun accidente.
3.° che il coagulo, provocato dalla gelatina, è un coagulo che tende a presto organizzarsi.
4.° che la gelatina può trovare speciali utili applicazioni in tutte le emorragie, nonchè nella cura degli aneurismi e fors'anche delle varici aneurismatiche, tumori erettili, ecc., dove parimenti si ha un rallentamento della corrente sanguigna;
5.° che la gelatina, quando il metodo alla Hildebrand, nella cura dei fibromiomi uterini, fallisce, potrà probabilmente tornar utile se a questo associata, perchè la vaso-costrizione ed il rallentamento del circolo determinate dall'ergotina, danno quelle condizioni necessarie all'esplicazione della sua efficacia.

Ghillini. — *Lussazione congenita dell'anca.* — Nel 1899 trattò dell'argomento, disse delle modificazioni introdotte al metodo del Fabbri usato da tutti. Quando la testa del femore è spostata in alto, mette l'arto in abduzione. Se la testa è in basso, l'arto va in adduzione, se in avanti, l'arto in rotazione interna, se indietro, l'arto in rotazione esterna. Ha operato oltre cento casi. Allora disse aver ottenuti risultati confortanti, oggi dice ottimi, e presenta una operata che cammina benissimo e data da 3 anni. Rileva come l'Hoffa, il Lorenz han modificato le antiche manovre, entrando nel suo concetto operativo.

Codivilla dice che il Ghillini ha ripetuto qui il suo processo di riduzione già accennato nella seduta del 1897. Egli dice che l'estremità femorale superiore è deforme ed ha molta importanza nel determinare il processo di riduzione speciale e su di ciò siamo d'accordo, ma non siamo d'accordo nella determinazione speciale di questa deformità. Egli pone rispetto alla diafisi femorale la testa in alto, in basso, all'innanzi ed all'indietro. Ora invece con poche modificazioni l'eminenza femorale superiore presenta un tipo costante nel quale insisterà nella comunicazione che farà fra poco. E cioè, la testa è situata all'innanzi per non tornare all'interno dell'estremità femorale superiore. Come conseguenza di ciò la riduzione dovrà farsi quasi costantemente nello stesso modo. Io desidererei conoscere dal collega quanti casi egli abbia, nei quali la riduzione si sia ottenuta coll'adduzione e colla adduzione si sia mantenuta. Io non so concepire casi simili. Il fatto che Ghillini abbia consigliata la rotazione interna per favorire la riduzione, consiglio che sarebbe poi stato accettato da altri operatori, non ha valore, perchè il Ghillini consigliava non la sola rotazione interna ma l'esterna, poi l'abduzione e perfino l'adduzione. Il primo a consigliare la rotazione interna è stato Schede. Il Ghillini ha poi presentato un caso, che egli ha detto che rappresenta un ottimo risultato. Il caso non è invece che di semplice trasposizione. Esiste della lordosi e della limitazione della mobilità articolare. La bambina camminava con un po' di oscillazione. È un buon miglioramento ma non una guarigione, noi dobbiamo adoperarci per ottenere molto di più.

Ghillini ripete che gli studî di anatomia patologica hanno già dimostrato le deformità della testa del femore e fu in base ad essi che tornò alle modificazioni delle manovre usate. Schede adotta la rotazione interna col suo speciale apparecchio e non eseguendo la riduzione. Nel caso presentato che davvero cammina bene, non ha parlato di guarigione perfetta, ed è strano che si parli di guarigione perfetta perchè la cura chirurgica non può togliere la deformità ossea, e perciò non si possono ottenere che resultati ottimi operativi e non una articolazione perfettamente normale.

Codivilla. — *Sulla cura di lussazione dell'anca.* — Accenna dapprima alla *patogenesi* della deformità. Raramente alla nascita si ha una lussazione completa. Secondo il suo modo di vedere non si può parlare neppure di lussazione incompleta, ma semplicemente di disposizione alla lussazione.

Questa disposizione è data da un'alterazione di forma del cotile e dell'estremità femorale. Il cotile è piatto e ripido: l'estremità femorale superiore torta verso l'esterno in guisa da portare il collo verso il piano sagittale. La causa di questa alterazione di forma risiede secondo Codivilla in un aumento di pressione esercitato durante la vita intrauterina. Una pressione fatta sui ginocchi, nell'atteggiamento normale del feto esagererebbe la flessione della coscia e porrebbe questa in adduzione e rotazione interna. Ciò darebbe luogo alla speciale forma del cotile e ad una torsione dell'estremità femorale inferiore verso l'interno.

In questo modo apparirebbe l'estremità superiore torta verso l'esterno. Per Codivilla quindi la torsione dell'estremità femorale sarebbe congenita, e costituirebbe la cagione principale della lussazione, che avverrebbe dopo la nascita. Infatti, la tenzione muscolare ed il peso del corpo spingono il capo femorale ad uscire dalla cavità cotiloide per la via antero-superiore. E infatti questo bordo che nella lussazione congenita dell' anca appare come il più deficiente.

La capsula naturalmente segue il capo nella sua ascesa, e fino a che la testa trovasi a contatto della regione anteriore dell'ileo e quindi strettamente appoggiata al bacino, la capsula si fa aderente al periostio iliaco. Allorchè poi le trazioni esercitate dai muscoli e dal tubo capsulare fanno fare al bacino il movimento di bilancia attorno al suo asse trasversale, ruotando l'osso innominato verso l' innanzi colla sua parte superiore, il femore perde i suoi rapporti d'appoggio coll'osso iliaco e la capsula non è più aderente al periostio. La fissazione capsulare alla parte alta dell'ileo è per Codivilla una delle cagioni della rilussazione dopo la riduzione. Le altre cause sono da riporsi nella torsione dell'estremità femorale, nel valgismo del collo, nella ripidità del cotile, nella mancanza di tetto dell'anca. Per Codivilla lo sportarsi della testa verso l'alto dopo la riduzione, è una vera rilussazione per la stessa via per la quale è avvenuta l'antica e non una trasposizione come in generale è ammesso.

Nei casi nei quali ciò avviene non si deve parlare che di miglioramenti e non di guarigioni.

Per opporsi a questa rilussazione Codivilla consiglia di mantenere a lungo dopo la riduzione e l'abduzione e la rotazione interna. Egli usa perciò le stecche a molla di Schede; di praticare in precedenza delle trazioni colla vite di *Lorenz* o meglio col letto di *Schede-Eschbavm*, le quali hanno lo scopo di distaccare la capsula fissata sull'ileo. Nei casi di grave torsione dell' estremità femorale questa è tolta coll' osteotomia fra il terzo medio e l'inferiore della diafisi femorale, che pratica seguendo il processo di Schede, ma modificata in alcuni punti la tecnica.

Allorchè il tetto dell'anca è molto deficiente, il collo è valgo ed esiste una forte lussazione della capsula sull'ileo, in bambini di età avanzata, Codivilla compie un atto operativo extraarticolare allo scopo di togliere le cause della rilussazione e di aumentare la stabilita articolare. Fatta la riduzione scopre la capsula, la distacca col periostio dall'osso iliaco la ripiega è la ripiegatura è fissata con punti di sutura. In tal modo è eliminato il cul di sacco che la capsula ha formato alla testa femorale, sono tolte le trazioni esercitate dalla porzione esterna della capsula e l'irritazione traumatica sull'osso iliaco e sul periostio porta alla neoformazione del tetto dell'anca. Ha operato in questo modo quattro bambini ed in tre di questi la riduzione si è mantenuta, in uno si ha una lieve rilussazione dovuta al fatto che l' apparecchio contentivo è stato tenuto un tempo troppo breve (27 giorni).

Con questo metodo il periodo consecutivo di cura è molto abbreviato.

Quando debbano essere tolti ostacoli capsulari che si oppongono alla

riduzione, incide la capsula, dilata l'istmo per mezzo di uno speciale divulsore e riduce la lussazione per mezzo della sua leva riduttrice dopo scavato o no il cotile. Nello scavare il cotile si serve dello strumento di Doyen.

Nel caso che si scavi il cotile consiglia di ridurre il capo femorale ricoperto del suo cappuccio capsulare e così si toglie la possibilità di un'anchilosi ossea.

In quei casi nei quali il grado avanzato dell'affezione e l'età dei pazienti non permettono l'abbassamento del capo ha in tre casi eseguito il metodo di pseudo-artrosi dell'Hoffa, con risultato relativamente buono.

L'incisione che consiglia nella cura cruenta è quella antero-esterna, che segue il bordo anteriore del fascialata eventualmente prolungato in alto lungo la cresta dell'ileo sul tipo di quello di Sprengel, distacca allora il fascialata, parte del piccolo e medio gluteo dalla loro regione d'impianto sull'ileo. Dopo l'atto operativo la ferita è chiusa subito e totalmente.

Dal marzo 1899 ad oggi ha operato 76 casi di lussazione. Col metodo incruento che ha applicato in 66 casi ha ottenuto, tanto in lussazioni unilaterali che bilaterali, dei risultati veramente ideali tanto anatomicamente che sotto l'aspetto funzionale. Nel 53 % la lussazione è rimasta ridotta, e negli altri si sono avute rilussazioni verso l'alto, ed i malati hanno migliorato. Buoni risultati ha pure ottenuto dalle operazioni cruente.

CATTERINA osserva che già prima dell'operazione Hoffa il Bassini era intervenuto con atti operativi cruenti per la cura della lussazione congenita dell'anca. Egli, come è noto, fece costruire ed adoperò una leva speciale; con manico robusto colla quale appunto, così come fa il Codivilla, dirige la testa femorale convenientemente modellata nella nuova cavità. Ha visto dei casi operati alla distanza di oltre dieci anni e i resultati nulla hanno da invidiare a quelli ottenuti coll'operazione del Hoffa.

CODIVILLA risponde al Ghillini che egli può presentargli dei casi nei quali il resultato non è un semplice miglioramento ma una completa guarigione. Al Catterina che è ben contento di constatare che in Italia lo studio della cura della lussazione congenita è stato in ogni tempo allo studio e ricorda i lavori del Margary, del Poggi, del Bassini. Lo strumento riduttore del Bassini diversifica notevolmente dal suo.

ALESSANDRI. — *Ricerche sperimentali sulla produzione dell'ernia della vescica.* — Ricordati brevemente quattro casi di ernia della vescica, osservati negli ultimi due anni nella Clinica Chirurgica di Roma, di cui uno specialmente importante perchè bilaterale, accenna soltanto alla sintomatologia e ai criteri che permettono di far la diagnosi prima e durante l'atto operativo, riserbandosi di svolgere questa parte importantissima praticamente nel lavoro completo.

Si ferma invece sulla parte relativa alla patogenesi del cistocele, che malgrado tante teorie emesse è ancora controversa.

E riferisce delle esperienze fatte a questo proposito sul cadavere e che riassume in tre serie.

1.° Esperimenti di riempimento e sovrariempimento della vescica, da cui risulta che, specialmente nei gradi medi, la distensione avviene molto spesso in forma irregolare, sia più da un lato che dall'altro, sia a forma bicorne; conferma inoltre il movimento di rotazione osservato già da Bonomo, e l'innalzamento delle pliche di riflessione peritoneale e quindi il rapporto aumentato della parete vescicale colle fossette inguinali.

2.° Preparando dall'esterno le regioni inguinali e crurali arrivando sino alla fascia trasversale o anche incidendole, e poi riempiendo la vescica, ha notato specialmente in alcuni casi manifesta la prorusione della parete vescicale in corrispondenza della fossetta inguinale interna, e sopratutto nel mutamento lento dopo aver riempito al massimo la vescica, l'accenno ad una porzione diverticolare dell'organo.

3.° In una terza serie infine fissando uno dei lati della vescica al peritoneo vicino, e ripetendo l'esperimento, ha visto accentuarsi al massimo la deformità parziale della vescica; e nei tentativi d'infossamento del peritoneo dall'interno, o di stiramento dall' esterno, la vescica seguiva la sierosa cui era fissata.

Dalle sue ricerche sperimentali, dalle osservazioni studiate e dalle statistiche raccolte, l'O. trae la conclusione che la patogenesi delle ernie vescicali non può ritenersi come unica, che esistono certamente cistoceli primitivi, in cui oltre la flaccidità e la distensione della parete vescicale e la diminuita resistenza della parete addominale, e talora l' eventuale azione del grasso prevescicale, deve tenersi in conto la presenza di diverticoli o cellule vescicali congenite o prodottesi secòndariamente e sopratutto le anomalie di forma anche queste o congenite o dipendenti da deficienze congenite della muscolare.

Nei cistoceli secondari poi, evidentemente il momento di maggiore importanza è dato dalla trazione del peritoneo esercitata dal sacco erniario preesistente favorito da eventuali aderenze pericistitiche.

Parlavecchio avendo operato sei casi di ernie estraperitoneali della vescica fa osservare che in nessuno di essi esistono malattie dell' uretra e del rene. Insiste sui criteri per riconoscere la vescica durante l' operazione; consistenza e colorito speciale del grasso vescicale, posizione interna dell'organo prolassato sospetto, constatazione della sua continuazione indietro della sinfisi del pube. In uno dei suoi casi la vescica fu scambiata per peritoneo e per ciò aperta: la natura rimediò senza il minimo inconveniente l'equivoco.

Bonomo dice che dopo la pubblicazione del suo lavoro sulle ernie della vescica ha continuato lo studio anatomico allo scopo di vedere quanta parte il grasso properitoneale prende nelle produzioni dei diverticoli estraperitoneale della vescica. Facendo le sue ricerche sui cadaveri di varie età e d'ambo i sessi ha notato che il grasso prevescicale facilmente sfugge attraverso l' anello. Praticando simile perforazione nell' esile aponevrosi del Cloquet ha visto sempre discendere un lobulo di grasso nell' inserzione pubica dell' aponevrosi pettinea. Il grasso mobile ed elastico facilmente s'insinua e discende, e certo deve influire a preparare la strada in cui deve impegnarsi un diverticolo estraperitoneale della vescica.

Conviene coll'Alessandri che altri fatti possono favorire la produzione delle ernie vescicali, ed è logico ammettere che nei casi in cui manca il grasso possono influire le deformità laterali dell'organo e principalmente le torzioni del peritoneo del sacco di ernie, specie le crurali. La frequenza con cui si osservano, operando la cura radicale delle ernie, accumuli di grasso sul lato interno del colletto del sacco induce ad essere cauti, e respingere il detto grasso nella cavità retropubica isolando bene il colletto del sacco, prima di far la chiusura.

D. G. Perez. — *L'influenza dal punto di vista chirurgica. — Contributo sperimentale all'etiologia, complicazioni e postumi di essa.* Una serie ricchissima di osservazioni cliniche, praticate specialmente nel succedersi dell'epidemia d'influenza di quest'ultimo decennio, ha richiamato l' attenzione dei clinici sulle molteplici localizzazioni e sulla varietà dei fenomeni morbosi di essa. Per i chirurghi però l'influenza anche oggidì desta un mediocre interesse, malgrado le interessanti osservazioni del Verneuil sui rapporti tra l'influenza e trauma, del Bennet e del Demons, i quali tutti sostengono in base ad osservazioni cliniche la *tendenza piogenica*, come la chiama Verneuil, della grippa, per cui consigliano di astenersi possibilmente dagli atti operativi durante le epidemie d'influenza. Il Franke, il quale ha avuto agio di osservare più di 4000 casi d' influenza, ha potuto

studiare tale malattia in tutte le sue molteplici manifestazioni nei varii organi, scoprendovi dei rapporti che è difficile e talvolta impossibile ad un chirurgo stabilire, non essendo questo in genere abituato a considerare l'influenza quale momento etiologico di affezioni chirurgiche. Egli ha inoltre richiamata l'attenzione dei clinici su molte complicazioni tipiche e postume da influenza chirurgicamente importanti (osteiti, nevriti, otiti ecc).

In tutte le osservazioni cliniche però sin' ora praticate la diagnosi batteriologica è stata trascurata.

A ciò si deve il non essere le nuove idee generalmente adottate. Sino a quando non si riesce sperimentalmente col microrganismo dell'influenza isolato da tali casi a riprodurre le stesse ed analoghe alterazioni anatomiche noi non siamo autorizzati ad affermare con sicurezza la specificità del detto germe almeno per quanto riguarda le complicazioni chirurgiche ad esso attribuite per cui è giustificabile la diffidenza dei chirurghi a considerare l'influenza quale nuovo agente etiologico e specifico di determinate lesioni anatomo-patologiche.

Ho veduto quindi non senza interesse coordinare le svariate osservazioni cliniche nelle differenti localizzazioni dell'influenza, specie quelle che hanno interesse per la chirurgia ricercare se i fatti sperimentali confermino o non le osservazioni cliniche, studiare sperimentalmente le varie alterazioni anatomo-patologiche da influenza, per potere così distinguere nelle varie forme cliniche la parte che spetta al bacillo dell'influenza come tale, e quella spettante alle sinbiosi batteriche.

In questa comunicazione non mi dilungherò nella parte batteriologica, che ho però ampiamente svolta, rappresentando il cardine delle mie esperienze, ed essendo numerose le quistioni a cui ha dato luogo la scoperta di Pfeiffer, alla quale abbiamo cercato di portare un modesto contributo.

Il microrganismo adoperato nelle mie ricerche, è stato da me isolato mercè il metodo di Pfeiffer dal secreto bronchiale di ammalati d'influenza. Per maggior sicurezza ho fatto uno studio comparativo tra la cultura da me isolata ad un' altra tipica d' influenza fornitami dall' istituto di Kràl. Essendo stati identici i caratteri morfologici culturali di ambo le colture potei acquistare la massima certezza che il microrganismo da me isolato era effettivamente il vero bacillo dell'influenza.

Senza qui occuparmi dei caratteri morfologici e culturali: accennerò solo a quanto mi è stato possibile stabilire circa la patogenià di tale microrganismo, essendo stato in questo campo più fortunato degli altri sperimentatori. Ad eccezione di Pfeiffer e di Bruschettini, i quali hanno il primo solamente nelle scimmie, il secondo nei conigli determinato lesioni infiammatorie bronco-polmonari, i risultati ottenuti nel campo sperimentale sono stati quasi costantemente negativi: si sono avuti fatti d'intossicazione acuta, ma nessuna localizzazione.

Nelle mie esperienze mi sono servito dei conigli, riuscendomi difficile a comprendere come in un animale il quale, da quanto risultava dalle esperienze stesse di Pfeiffer, si presentava molto sensibile ai prodotti tonici segregati dal bacillo dell'influenza, non si potesse riprodurre alcuna di quelle lesioni riscontrate nell'uomo.

In una 1.ª serie di ricerche ha per le differenti vie inoculati dosi diverse di colture. Ho ottenuto risultati uguali a quelli degli altri osservatori: con piccole dosi gli animali presentavano solo disturbi passeggieri, con dosi elevate si aveva la morte dell'animale in 24-48 ore con le note della tossiemia acuta.

In una 2ª serie di esperienze ho praticato le inoculazioni del bacillo d'influenza direttamente nei varii organi e tessuti. Solo in pochi casi in tali esperienze ho potuto riscontrare lesioni locali, e precisamente lesioni infiam-

matorie polmonari e pleuriche, otiti medie purulente, artriti purulente, ipopion, panoftalmite, ecc. Mi è riuscito inoltre constatare sperimentalmente quanto il VERNEUIL, il BENNET, il DEMONS avevano osservato nei loro operati, la grande frequenza cioe di suppurazione delle ferite, e precisamente delle ferite laparotomiche, che era costretto praticare nei conigli per eseguire le inoculazioni nei visceri addominali. suppurazione che era unicamente prodotta dal bacillo dell'influenza. Dall'esame batteriogico dal pus ricavato da differenti casi di suppurazione ho quasi costantemente isolato in cultura puri il bacillo di PFEIFFER

Dei varii animali inoculati, solo quelli che hanno presentato alterazioni suppurative, sono morti in un periodo di tempo più o meno lungo in preda a cachessia accentuatissima e con i soliti fenomeni tonici. Gli altri sono sopravvissuti.

Microscopicamente il pus da influenza presenta le cellule purulente cariche di bacilli di PFEIFFER, il più delle volte bene colorabili col metodo CANON. non di raro in via di degenerazione. Solo pochi microrganismi giacciono all'esterno dei corpuscoli purulenti.

Nella cavità ascessuale ha luogo, benchè in un tempo più lungo, quanto si effettua nei tubi di cultura, l'esaurimento cioè dei bacilli. Ne segue che spesso il pus da influenza a differenza di quello prodotto dai comuni piogeni è assolutamente sterile.

Assodato il carattere piogeno del bacillo dell'influenza, abbiamo cercato di studiare il meccanismo della sua azione patogena, sin'ora tanto discussa ed incerta. Eccone i risultati. Il bacillo dell'influenza non determina infezione ma intossicazione, e spiega la sua attività patogena, analogamente al bacillo della tubercolosi, per le proteine. Iniettato nell'organismo in piccola quantità viene rapidamente aggredito dai globuli bianchi ed a causa della sua debole resistenza facilmente distrutto.

Se la quantità dei germi inoculati è notevole, i prodotti tossici, dovuti a, disfacimento dei microrganismi, si mettono in circolo e, venendo assorbiti determinano manifestazioni di natura eminentemente tossica, dispnea, ipertermia seguita da ipotermia notevole, accentuatissimo rilasciamento muscolare, convulsioni ecc., che o scompaiono dopo un tempo più o meno breve o se la dose è stata molto elevata conducono rapidamente alla morte. Nel caso che i microrganismi inoculati trovino la resistenza organica indebolita, possono attecchire in sito e proliferare, senza che gli elementi dei tessuti possano opporsi a tale sviluppo. Si stabilisce allora anche per piccole dosi una sorgente di sostanze tossiche che gradatamente ma continuamente assorbite provocano il lento e progressivo marasmo che conduce in un periodo di tempo più o meno lungo l'animale alla morte.

Tale teoria, la quale ci spiega molti fatti che in questa comunicazione per brevità siamo costretti ad omettere, ha ricevuto la più valida riconferma dalla 3ª ed ultima serie delle nostre ricerche, nelle quali abbiamo cercato di diminuire, in maniera bene inteso perfettamente asettica, la resistenza dei varii organi e tessuti, in guisa da predisporli all'attecchimento del bacillo di PFEIFFER. Abbiamo così avuto agio di studiare le varie alterazioni anatomo-patologiche che l' influenza determina nell' organismo, le che sono state sin'ora solo clinicamente ammesse.

Nella cute si hanno le solite alterazioni trofiche che si riscontrano ne-a gli animali nelle intossicazioni in genere cioè comparsa di aree alopeciche, secchezza e desquamazione furfuracea, eczema. Nel cellulare sottocutaneo ascesso. Nell'apparato muscolare il bacillo dell'influenza determina affezioni tali da riavvicinarsi al reumatismo muscolare fatto degno d'interesse specialmente se si pensa che nessuno dei germi, da alcuni considerati come agenti etiologici del reumatismo muscolare, spiega una così spiccata azione sul sistema muscolare come il bacillo di PFEIFFER.

Microscopicamente ho constatato miositi parenchimatose ed interstiziali più o meno intense, con esito talvolta in suppurazione. Nell'apparato bronco-polmonale (nel qual campo sono state numerose e non risolte le polemiche) il bacillo dell'influenza determina pneumoniti lobulari, mai pneumoniti lobari ed epatizzazione polmonare, la produzione di fibrina quasi mancante: non si sono riscontrati veri focolai necrotici e pneumoniti indurative, bensì piccoli ascessi polmonari da influenza limitati generalmente ai tessuti peribronchiali. Nella pleura il detto microrganismo determina processi infiammatorii più o meno intensi con tendenza alla formazione di ascessi e stravasi sanguigni.

Mi riservo comunicare in prosieguo, non essendo ancora ultimati gli esami istologici, le osservazioni sulle localizzazioni del bacillo di Pfeiffer negli altri organi e tessuti.

Stori. — *Contributo clinico alla cura radicale delle ernie.*

Riporta la statistica della cura radicale delle ernie praticate dal Professore Colzi dal 1800 ad oggi. Le cure praticate sono state 2550 su 2173 malati.

Di queste 2336 erano inguinali, 269 crurali, 22 ombelicali, 16 epigastriche e 7 ventrali delle quali tre consecutive a pregresse operazioni laparotomiche e quattro traumatiche. In 240 casi si trattava di ernie con fenomeni d'incarceramento (65 ernie inguinali, 169 crurali, 6 ombelicali delle quali due avevano il sacco rotto).

Fra le ernie inguinali si è trovato 94 volte il testicolo ritenuto, 7 volte la tromba e l'ovaio, 30 volte l'appendice, 46 la vescica, 23 l'S iliaca, 6 il cieco, 8 la tubercolosi del sacco, 9 la tubercolosi del sacco e del peritoneo.

Accennate alla tecnica usata in questi casi riporta gli esiti: 2195 guarigioni a decorso asettico, 29 suppurazioni e 12 mortalità, ossia 1,25 % di suppurati e 0,53 % di mortalità. La mortalità è stata data 8 volte dall'embolia polmonare, 1 volta dalla nefrite cronica che si era riacutizzata, 2 volte da insufficenza cardiaca, 1 caso di soffocazione di un bambino la prima notte dell operazione in seguito a vomito abbondante.

Sulle recidive potendo riferirsi ad un considerevole numero di casi esaminati e operati da tempo può asserire che non oltrepassa il 2 %.

Quanto alla cura delle ernie crurali riporta il metodo adoperato ossia isolato il sacco dalla via crurale, allacciato, esciso e ridotto il moncone si è addossato il legamento di Poupart al legamento del Cooper e fissandovelo a mezzo di tre o quattro punti di sutura con seta, lasciando con ciò solo spazio sufficiente per il passaggio della vena e arteria crurale. Il tragitto erniario si oblitera o con sutura a spira o con punti staccati. Le operazioni furono 269, di cui 169 strozzate con 5 morti, tre per bronco-polmonite, una per peritonite erniaria che si è generalizzata ed un'altra per peritonite sviluppatasi da un piccolo ascesso della parte intestinale non veduto all'operazione.

Tratta succintamente delle ernie ombelicali ventrali ed epigastriche. Due ombelicali ed una ventrale avevano il sacco rotto e fatti di peritonite incipiente, anche questi casi, trattati convenientemente, guarirono.

Si sono avuti tra questi un caso di morte in nona giornata per sincope e due recidive.

De Gaetano Luigi. — *Bacterium Coli cocchiforme ad azione piogena nell'uomo e negli animali da esperimento. Contributo alla patogenesi della Piemia.* — Riferisce di avero isolato da un ascesso acuto sottocutaneo della regione ipocondriaca destra, svoltosi in un individuo affetto da molti anni di catarro gastro-enterico, un microrganismo di aspetto micrococcico, il quale poi coltivato nei mezzi di cultura prendeva aspetto di bacillo tozzo e manifestava tutti i caratteri culturali e biologici del Bacterium Coli di Escerich.

L'inoculazione di $1/2$ c. c. ad $1/4$ di c. c. di cultura in brodo di 24 a 48 ore di questo microrganismo dava la morte rapida dei conigli in 12 a 14 ore con reperto necroscopico di una intensa infiammazione con multiple emorragie puntiformi, con accenno di essudato suppurativo alla periferia del focolaio e tossiemia con l' inoculazione di dosi inferiori si aveva costantemente suppurazione; la dose minima virulenta è stata di $1/20$ di c. c. di coltura in brodo di 48 ore. Dopo tre mesi questo B. c. conservava ancora il suo potere piogeno, e solo dopo 5 mesi ha perduto ogni virulenza.

Dei molti animali inoculati due conigli, uno con inoculazione sottocutanea di $1/10$ di c. c., e l'altro con $1/15$ di c. c. e morti il primo dopo 7 giorni, ed il secondo dopo 9 giorni, presentarono riproduzione metastatica del processo suppurativo nel fegato, come si riscontrarono una grande quantità di ascessolini, specie verso il margine libero, nei quali si riscontrò il B. c. inoculato sia all' esame microscopico, che a quello culturale.

Due lati importanti presenta il caso: il lato clinico ed il lato batteriologico-sperimentale. Per il lato clinico esso è la dimostrazione che un ascesso caldo sottocutaneo col decorso tipico di questa entità morbosa possa essere determinata da Bacterium Coli. Per il lato batteriologico-sperimentale il microrganismo isolato è importante pel suo polimorfismo, per la sua alta virulenza, pel suo costante potere piogeno, e per la possibilità di dare negli animali ascessi metastatici, non col classico meccanismo della trombo-embolia del Virchow, ma col passaggio diretto di esso nel circolo, e conseguente fissazione nel fegato.

Bonomo — *Sul meccanismo della commozione cerebro-spinale.* — Nei traumatismi che si estrinsecano sul capo, massime per cadute sul vertice, molta parte dell'azione traumatica si propaga alla rachide ed alla porzione cervicale del midollo

Percuotendo sul vertice del capo nei cani con un maglietto di legno, ed in direzione della rachide fino a provocare la commozione cerebrale, ha osservato sulla superficie encefalica, in corrispondenza dell'asse di percussione nei suoi due punti opposti, un punteggiamento emorragico superficiale, ed intorno all'istesso nelle parti più basse del cervelletto ed intorno al bulbo effusioni sanguigne sotto la pia. Quando l'azione traumatica era più violenta, oltre ad un versamento emorragico nel 3.° e 4.° ventricolo riscontrava emorragie puntiformi a piccoli focolai periependimali nella sostanza grigia del midollo cervicale. Da questi reperti anatomici deduce che la virulenza traumatica tende a propagarsi verso la rachide ed al midollo per la mobilità della massa encefalica e per la maggior copia delle correnti liquide che convergono all' occipite.

La massa nervosa messa in oscillazione, egli crede, debba imprimere alle radici dei nervi cranici specie a quelli che partono dal bulbo, uno stiramento violento, da affievolire o sospendere le più importanti attività nervose. Come spiegare altrimenti quelle commozioni cerebrali mortali, nelle quali v'è disproporzione fra l'insufficienza cardio-respiratoria e le lesioni anatomiche riscontrate nel bulbo ed alla base dell'encefalo?

Ma come avviene la propagazione dell'urto della parete cranica colpita alla massa nervosa ed al midollo?

Non ammette la contusione indiretta del cervello per il mutamento della parete cranica, secondo Duret, nel punto opposto a quello colpito. Esportando infatti un buon pezzo di parete cranica parieto-temporale del cane, dura compresa, e percuotendo nel punto opposto, ha osservato con piccoli colpi *pallore da restrizione vasale* e con colpi più violenti *sollevamento* ed *espansione della massa nervosa*, e subito apparire una emorragia puntiforme corticale precisamente nel punto opposto a quello colpito.

In questo momento di espansione e di sollevamento della massa ner-

vosa la finissima rete papillare corticale, distesa violentemente, si romperà in più punti, ove converge la maggiore somma delle vibrazioni trasmesse all'encefalo. Con questo meccanismo della *espansione assiale* spiega l'emorragia nei solchi, intorno all'esterno e nei ventricoli, e non colla fuga del liquido cefalo-rachidiano da ventricoli cerebrali per lo stretto acquedotto di Silvio al 4° ventricolo ed al bulbo. Secondo l'opinione del Duret. Il midollo verrebbe compresso fra due correnti liquide, e specie l'interno determinerebbe l'emorragie ependimali.

L'O. assoggettando il midollo e le radici spinali dei cani e dei conigli ad uno stiramento brusco, stirando in senso opposto i due estremi della rachide, ha constatato *spandimento emorragico a chiazze* sotto la pia nella porzione cervicale del midollo, emorragie puntiformi periependimali, e nella sostanza grigia nella stessa sede. Si ha circa una vera *ematomielia traumatica cervicale*. Le medesime lesioni anatomiche ha riscontrate col raddrizzamento forzato di un segmento della colonna vertebrale, e colla esagerazione delle curve fisiologiche.

L'ematiliemia, che può essere la sola lesione anatomica che riscontrasi in un grave traumatismo del midollo, l'O. ritiene sia in rapporto con la grande velocità della rachide assai superiore a quello del midollo stesso, e con la struttura della finissima rete sanguigna midollare, sopratutto per rispetto ai rami anastomotici radicolari, che lungo le radici dei nervi spinali arrivano alle arterie spinali.

Allo sviluppo e disposizione della rete sanguigna midollare attribuisce le lacerazioni vascolari che si avverano per lo stiramento cui soggiace il midollo sia nell'*allungamento repulsivo* della rachide compressa dal vertice o dal sacro, o per il suo raddoppiamento ed incurvamento traumatico subitaneo. Con questo meccanismo della *tensione* e *dello stiramento radicolare* le rotture dei finissimi vasi avvengono di preferenza nella sostanza grigia ed intorno all'ependima.

La soppressione delle correnti nutritizie, anche a focolai puntiformi, spiegherebbe i rapidi processi degenerativi che osservansi nei gruppi cellulari midollari, e che non sono la causa delle gravi insufficienze cardio-respiratorie immediate, riferibili invece secondo l'O. allo stiramento brusco e violento delle radici dei nervi bulbari.

BENEDETTO SCHIASSI. — *Entero-colite muco-membranosa e tiflostomia temporanea.* — Giacchè il trattamento così dietetico che medicamentoso della enterite muco-membranosa nella immensa maggioranza dei casi riesce di una inefficacia desolante, in una inferma sofferente per questa malattia e nella quale tutte le prove mediche erano fallite, ebbi l'idea di ricorrere ad una cura chirurgica.

Una donna di 24 anni presentava nell'Ottobre 1899 una affezione dell'intestino ricorrente ad accessi, caratterizzata da invincibile stitichezza, peso e tensione diffusi a tutto l'addome, grande meteorismo, vomiti di materie alimentari e di liquido mucoso, dolori colici assai violenti. La diminuzione o la scomparsa temporanea delle sofferenze avveniva quando in mezzo a grandi sforzi essa poteva ottenere una qualche evacuazione. Colle materie emesse si trovavano presenti quei prodotti caratteristici muco-membranosi che non ammettevano dubbi circa la natura della malattia. Senza alcun giovamento erano stati sperimentati i tonici, i bromuri, l'idroterapia, gli enteroclismi medicati e non medicati. Dei purganti solo alle volte dosi elevatissime di olio di ricino riuscivano a provocare lo svuotamento dell'intestino. Sembrava a momenti di essere davanti ad una malata colpita da occlusione intestinale.

Il giorno 25 Novembre 1899, fatta una incisione paracecale verticale, trassi fra le labbra della ferita l'appendice vermiforme insieme con una parte

del ceco: resecai fra due legature il mesovermio e colla seta praticai un duplice piano di suture in modo da fissare ai tegumenti dell' addome una porzione circolare di parete del cieco della grandezza circa di uno scudo: nel mezzo del disco intestinale così fissato si inseriva l' appendice vermiforme; posi una medicatura asettica disponendo fra gli strati di garza l'appendice priva del suo mesentere, ma sempre in comunicazione col cieco. Dopo otto giorni tolsi la medicatura e trovai, come prevedevo, l' appendice con l' estremo gangrenato; la resecai in corrispondenza del suo impianto nell'intestino, ed in questo col termocauterio operai una incisione così ampia da permettere l' introduzione di un grosso tubo di Foucher.

Allora cominciai, prima ogni giorno, poi nei giorni alterni, in fine ogni tre o quattro giorni, a praticare abbondanti clismi nel tratto di intestino compreso fra ceco e retto nella seguente maniera: previo un clistere rettale evacuativo, introduceva per la breccia cecale una sonda molle di Foucher entro il colon ascendente: altra sonda molle di Nelaton, di quelle esofagee, introduceva per l' ano entro il retto; quindi assai lentamente versava nel primo tubo una soluzione calda a 40^{0}-45^{0} di tintura di iodio all' uno per cento in acqua distillata: naturalmente avveniva che il liquido a misura che veniva messo nel primo tubo, dopo aver irrigato tutto l' intestino grosso, usciva per il secondo tubo; la quantità di soluzione adoperata per ogni volta oscillava fra i quattro ed i sei litri.

Il concetto informativo della cura istituita era quello di:

I. Mettere in riposo la porzione d' intestino ammalato.

II. Medicarne direttamente la superficie mucosa.

Fino dai primi giorni di cura parve che la donna fosse ridonata a nuova vita; non più meteorismo, non più vomiti nè dolori. Cominciò ad alimentarsi abbondantemente, a digerire bene, a godere insomma di un benessere soddisfacentissimo.

Le materie fecali uscivano in massima parte dalla ferita creata nel ceco, ma essendo prive, come si capisce, di qualunque emanazione disgustosa non davano alcuna noia all' inferma; erano trattenute da un bendaggio comune che era sufficiente ricambiare due volte nella giornata.

La donna solo nei primi giorni della cura guardò il letto.

Permisi che la fistola operata rimanesse aperta finchè non vidi cessare la produzione di membrane e di muco, ciò che avvenne circa dopo nove settimane; appunto dalla assenza totale di ogni mucosità dalle feci e dai liquidi di lavaggio credetti di arguire l'avvenuto risanamento della mucosa enterica: per ciò con triplice strato di sutura chiusi l'apertura.

Da quel tempo l'intestino grosso riprese a funzionare in maniera fisiologica; esso si vuota regolarmente ogni giorno e da *otto mesi* non emette produzioni mucose di sorta, nè è sede o cagione di qualsiasi dolore.

La donna è cresciuta notevolmente in peso.

Si discute anche ora quale sia la natura dell'enteria muco-membranosa; alcuni la vogliono una flogosi intestinale sub-acuta o cronica, altri, e sono i più, la considerano una malattia di natura neuropatica; anche recentemente al Congresso Internazionale di Medicina è stato ampiamente discusso sulla sua genesi; ma uomini autorevolissimi quali Mathieu, Boas, Mannaberg hanno dovuto restingersi a formulare ipotesi basate su cardini incerti ed a proporre cure delle quali gli stessi medici non possono aver fiducia. La malattia per ora sembra tale da mettere nell' imbarazzo così lo scienziato che ne voglia stabilire l' essenza, come il pratico che sia chiamato a combattere i fenomeni.

Mentre si sta risolvendo il problema patogenetico, io presento una donna guarita col trattamento chirurgico che ho esposto, e propongo ai colleghi di applicare pur essi questa cura nei casi che sfuggono alle risorse mediche; si vedrà se potrà riuscire sempre efficace.

FUMMI accenna a tre casi stati curati dal Montervoresi.

DURANTE rivendica a sè la priorità del processo di cecostomia per doviare le fecce nei casi di enterocoliti ulcerose, proctiti, ulcerazioni e quando si deve estirpare il retto molto in alto.

MUGNAI conferma questi fatti.

PARLAVECCHIO. — *Toracotomie per ferite penetranti nel torace con lesioni del diaframma, dei polmoni, del pericardio, del cuore, di arterie.*

Riferisce di otto operazioni da lui fatte dal 1893 ad ora: esse comprendono 4 ferite del diaframma, 1 del cuore, 2 del pericardio, 1 del polmone, 1 della mammaria e dell'intercostale con abbondante emotorace, ed 1 a schegge d'una costa.

Naturalmente in alcuni casi consistevano ferite di diversi organi. Nell'ultimo erano ferite la milza ed il ventricolo contemporaneamente al diaframma e l'individuo aveva la completa *inversio viscerum.* In quasi tutti c'erano ferite multiple oltre alle toraciche e quasi tutti sono stati operati in condizioni gravissime.

L'intervento consistè nella toracotomia immediata colla sutura degli organi feriti (cuore, pericardio, polmone, diaframma) colla regolarizzazione della costa scheggiata, coll'allacciatura delle arterie parietali, e nell'ultimo caso colla consecutiva laparotomia per suturare il ventricolo e la milza.

Guarirono tutti, meno l'ultimo, il quale morì in 30.ª giornata per pleurite: in esso gli organi suturati erano guariti di 1.ª intenzione, come si costatò anche all'autopsia.

Dice che è tempo di tentare di disciplinare le indicazioni dell'intervento in questi gravi traumi toracici.

Crede che teoricamente bisognerebbe comportarsi così: 1.° *Ferite parietali penetranti semplici,* anche se accompagnate a mediocre emotorace, a pneumotorace ed a vicimore enfisema sottocutaneo: semplice disinfezione e sutura della ferita. Stesse ferite con scheggiatura interna di coste o lesione di arterie con emotorace: regolarizzazione della frattura e allacciatura, e giacchè inevitabilmente si penetra, ciò facendo, nel torace, vuotamento del sangue; 2.° *Ferite del diaframma:* sutura della ferita mediante toracotomia; 3.° *Ferite del polmone:* da trascurare se piccole e superficiali, da suturare se profonde e molto sanguinanti; 4.° *Ferite del cuore:* da trascurare se superficiali e poco sanguinanti da suturare se profonde o penetranti; 5.° *Ferite del pericardio:* da trascurare se non c'è copioso emopericardio, da suturare, previa toilette, se c'è l'emopericardio.

Praticamente però è spesso difficile fare la diagnosi delicata in individui che non si possono osservare accuratamente e con calma. In tali casi crede che bisogni farsi guidare dall'importanza della emorragia dentro la pleura o dentro il pericardio: s'essa è modesta, attendere vigilando: s'è abbondante, intervenire subito. Sulla scelta dei lembi toracoplastici si dice contento del processo suo, adottato con successo anche da altri colleghi (Rydygier modificato), ma dice che un solo taglio intercostale ben dilatato basta nella più parte dei casi.

MUGNAI. — *Stato attuale di una operata di estirpazione del ganglio di Gasser.* — Brevemente riferisce che la sua operata fino da 22 mesi fa, si trova in ottime condizioni. I dolori di cui soffriva e che erano atroci non si sono mai più riprodotti e nessun disturbo si è avuto a carico dell'occhio. Si trattava di una estirpazione completa del ganglio.

VENTUROLI. — *Epatopèxis per ptosi del viscere.* — Si tratta di una donna cinquantenne, che presentava un tumore migrante nel ventre a destra da un anno e mezzo in seguito a causa traumatica. Le sofferenze generali e anche i disturbi sul circolo intestinale richiesero un intervento. Nel dubbio che si trattasse del rene destro ingrossato per malattia pro-

pria o per neoplasie aggiuntesi ad esso, fu praticata un'ampia incisione dorso-lombare a scopo esplorativo e curativo. Invece fu trovato che il viscere mobile era il fegato impicciolito e deforme.

Allora aperto il peritoneo parallellamente all' undecima costola, si attrasse il lembo inferiore posteriore del lobo destro epatico, includendolo in una robusta sutura, con grossa seta, della parete muscolo-aponeurotica e fascia sacro-lombare, determinando così una agganciatura di sostegno del viscere circondata da una larga zona di adesioni nuove fra la glissoniana e il peritoneo posteriore e laterale.

Questa malata fu operata l'11 settembre 1900 nell' Ospedale di Pesaro e a tutt'oggi il viscere si mantiene nella sua sede naturale, in cui è stato riposto e fissato con un *nuovo processo di epatopessia, posteriore*, per epatoptosi di origine traumatica.

Sono poi finora scomparsi i disturbi funzionali e le sofferenze soggettive tutte, che martoriavano la paziente.

Il caso verrà seguito per l'ulteriore decorso.

SALOMONI. — *Contributo di Chirurgia polmonare.* — Eseguii 4 pneumotomie per tubercolosi: il primo caso, che risale al 90, guarì e stette bene per quattro anni, soccombendo poi a tubercolosi peritoneale. Il secondo operato ebbe beneficio discreto ma temporaneo; morì di tubercolosi polmonare bilaterale dopo un anno. Il terzo rimase con fistola per 4 anni, e poi morì etico. Il quarto con due focolaj guarì di quello all'apice destro; ma non potei portare a chiusura la grande cavità basale pur destra, nella pleura, nè pure coll'operazione Delorme.

Ho poi due casi di guarigione circoscritta ed uno di echinococco suppurato, nei quali la pneumotomia portò rapidamente a guarigione.

PARLAVECCHIO. — *Totale esportazione d'una parotide sarcomatosa.* — Si trattava d' una vecchia di 66 anni, la quale 4 anni prima era stata operata di esportazione del mascellare superiore dello stesso lato affetto da sarcoma. L'affezione secondaria della parotide durava da 5 mesi ed aveva il volume d'un grosso uovo. Fu asportata tutta la parotide, allacciando la carotide esterna e le vene, ma rispettando i maggiori rami del nervo faciale. L' enucleazione del lobulo faringeo della glandola non fu molto difficile: l'asportazione fu completa e la guarigione avvenne per 1.ª Si ebbe in primo tempo paresi della metà della faccia corrispondente, paresi che rapidamente migliorò. La vecchia volle uscire dall'Ospedale in 9.ª giornata.

MAFFUCCI. — *Tumore mieloide multiplo delle ossa.*

Individuo di 61 anni, tumore della scapola, colonna vertebrale, costole, omero, femore: neoplasia che si trovava ancora intorno al midollo spinale: compressioni delle radici spinali delle vene intervertebrali, e dei gangli intervertebrali, a livello della 5ª e sesta vertebra dorsale.

Parestesie, e poi debolezza degli arti infermi e paralisi vescicale e finalmente anestesia completa dalla quinta vertebra dorsale fino alla punta dei piedi e paralisi completa degli arti inferiori.

L'analisi istologica fece rilevare un tessuto linfoide, di cui era composto il tumore l'esame del sangue non fece rilevare l'aumento dei corpuscoli bianchi.

L'esame bacterico, le culture ed il trapianto del tumore negli animali non fecero svelare parassiti animali o vegetali.

Trattasi di un mieloma sistematico delle ossa.

FLORENZO JAJA. — Riferisce sopra un caso di assenza congenita della tibia destra ed assenza dei due astragali. Il caso riguarda una bambina di 15 anni ricoverata nella Clinica Chirurgica di Firenze ed operata dal professor Colzi. Dà brevemente notizie anamnestiche, ricorda i dati obiettivi risultanti dall' esame della paziente prima di essere operata, indi riferisce i

varî atti operativi, eseguiti in varie epoche per correggere le deformità sopra accennate.

Ricorda che la prima operazione consistette in una resezione cuneiforme del cuboide, del calcagno, ed in una asportazione del malleolo esterno; suturando con filo metallico il perone così sezionato al calcagno.

Che la seconda operazione consistette in una sezione trasversale del perone a due centimetri al di sopra del livello dell' estremo inferiore della tibia, articolando questa come cerniera col moncone inferiore del perone e suturando un filo grosso di seta.

Che la terza operazione infine consistette in tarsectomia cuneiforme e resezione del malleolo, fissando questo sul calcagno. Riferisce questo caso per il risultato veramente splendido ottenuto dalla cura chirurgica innanzi accennata. Presenta la radiografia e le fotografie degli arti inferiori della paziente prima e dopo operata.

Ceci è intervenuto due volte per mancanza della tibia a causa di interventi operativi, e si è servito del perone con risultato buono in uno e di morte nell'altro. Conosce anche un caso dello Smunty.

Codivilla. — *Sulla cura operativa della tubercolosi sacro iliaca.* — Accenna alla gravità della sacro-coxalgia, ed alla necessità di sottoporre i malati che non guariscono con l'immobilizzazione e colle punture ed iniezioni negli ascessi, ad una ardita cura chirurgica.

Bardenheur e Schede per dominare bene il campo operativo allontanano definitivamente la maggior parte dell'ala iliaca senza preoccuparsi che con ciò tolgono una grande porzione di osso sano, ed attentano gravemente alla stabilità ed alla resistenza del bacino. Una larga breccia per l'approdo della regione malata che per solito si estende largamente e profondamente sulla porzione anteriore del sacro, è tuttavia necessaria per allontanare con sicurezza tutto il focolaio morboso. Codivilla consiglia l'esplorazione della regione anteriore dell'articolazione per mezzo di una lunga incisione che segna tutta la cresta dell'ileo e permette di allontanare il periostio della regione interna dell'osso. Se questa non basta crede indicato l'*allontanamento temporaneo* dell'ala iliaca che è possibile lasciando il lembo osseo riunito ai tessuti molli della regione glutea; quali provvedono alla sua nutrizione. Le incisioni dell'osso partono dalla grande incisura ischiatica: l'una è diretta verticalmente in vicinanza della linea articolare, l' altra quasi orizzontalmente fino sopra o sotto la S. I. A. S. Per queste incisioni si adopera la sega di Gigli o la sega circolare. Estirpato il focolaio morboso il lembo osseo è rimesso a posto, la sutura delle parti molli e l' apparecchio gessato lo fissano. Questa mobilizzazione dall'ala iliaca è pure indicata secondo Codivilla per raggiungere lesioni delle parti molli profondamente situate nell'interno del bacino e verso la sua regione posteriore.

Ha curato 5 casi di sacro-coxalgia, ed in due di essi ha eseguito la resezione dell'articolazione. Si è trattato in ambidue di resezione parziale ed i malati sono guariti.

Il Presidente saluta gli Adunati ed è dichiarato chiuso il Congresso.

NECROLOGIO.

Il dottore Arnaldo Caselli si spegneva a soli 28 anni, mentre la lunga ed ardua via della Scienza si era aperta rosea dinanzi al suo avvenire e l'aureola degli onori cominciava a risplendere sul suo capo.

Figlio di Azio Caselli che noi tutti amavamo e stimavamo e che, come ultimo ricordo della sua operosità ed amore al suo Paese, lasciò l'inizio di quella grandiosa opera che è il *Trattato Italiano di Chirurgia;* appena laureato a Genova si recò all'estero per perfezionarsi negli studi Chirurgici. Tornato in Patria andò a Roma assistente del Prof. Durante, e fu allora che, colpito in pieno petto dal dolore per la morte del padre adorato, non si angosciò ma volle essere degno del nome che portava, e chiese di prendere gli esami per la Docenza in Patologia Chirurgica nella R. Università di Roma. Nei laboratorî del Frenecomio di Reggio Emilia, diretto dall'amico del cuore, dal fratello del padre, voglio dire il Prof. Augusto Tamburini, studiò e scrisse la Tesi sullo *Fisiopatologia dell'ipofisi*, che la Commissione disse essere lavoro magistrale, e gli valse il trionfo. Ma breve ne fu la durata, perchè la morte triste ed oscura che tronca lo stame della vita anche ai buoni, nel giorno 26 ottobre ricongiunse nel medesimo sepolcro, a due soli anni di distanza, il padre ed il figlio, Azio ed Arnaldo Caselli; il Maestro all'apogeo della sua gloria; mentre l'allievo, a quella medesima gloria sicuro si incamminava. Fiori e lacrime all'uno ed all'altro.

Morte che passi per il ciel profondo
Passi con ali molli come fiato
Con gli occhi aperti sopra il triste mondo
Addormentato....

Un mesto pensiero alla vedova madre che piange inconsolabile

A. Ceccherelli.

Prof. ANDREA CECCHERELLI, *Direttore* — Parma, Strada Vittorio Emanuele, 186

MISSAGLIA GIUSEPPE, *gerente responsabile.*

Stab. Tipo-Lit. della Casa Editrice Dott. Francesco Vallardi, Corso Magenta, 48 — Milano.

CASA EDITRICE Dr. FRANCESCO VALLARDI

LA
CLINICA CHIRURGICA

PERIODICO MENSILE

NOVEMBRE 1900.

Egregio Collega.

Da tre anni che dirigo la Clinica Chirurgica cercai sempre di dare largo campo alle riviste che riguardano i lavori dei Chirurghi Italiani.

Sarebbe però mio intendimento nell'anno prossimo di inaugurare una nuova rubrica, nella quale, per quanto mi è possibile, fosse o con recensione o come semplice citazione registrato tutto ciò che si fa di Chirurgico nella nostra bella Italia. È questo un desiderio che mi è stato espresso anche da illustri Chirurghi stranieri, i quali riconoscendo che grande è la produttività e la valentia dei Chirurghi Italiani, bramerebbero che vi fosse un giornale, nel quale, come a fonte sicura, potessero attingere le notizie complete di questo nostro lavoro senza tema di dimenticare a causa della impossibilità di ricercare nel numero considerevole dei giornali che esistono. È un lavoro questo aspro e difficile: ma, al quale, come sempre, mi accingo volentieri per l'amore che porto al mio Paese, alla nostra Chirurgia. Ma non posso raggiungere l'intento se Ella ed i Colleghi tutti non mi aiutano.

La Clinica Chirurgica non può accogliere i lavori tutti dei Chirurghi Italiani. Sebbene il Comm. Vallardi, per l'amore che ha alle sue pubblicazioni, abbia costantemente con molta generosità aggiunti fogli in soprannumero e concessi dei supplementi, la mole della Clinica è tale che renderebbe impossibile una tale completa pubblicazione anche quando non vi si opponessero altre giuste esigenze, e più che tutto il valore di Giornali che onorevolmente combattono le nostre stesse battaglie e che hanno diritto di vivere.

È però possibile pubblicarne la rivista, citarne il titolo e le indicazioni bibliografiche: ed è questo appunto che io mi propongo di fare. Ma perchè non avvengano spiacevoli dimenticanze o lacune occorre che i varî Autori mi aiutino, inviandomi le loro pubblicazioni, sieno esse memorie edite in volume oppure estratto di giornale. Sarà questo un altro mezzo per diffondere i propri lavori all'estero, e provare che gli Ammaestramenti dei nostri grandi Maestri non andarono perduti, in quanto seguiamo sicuri e con orgoglio la via tracciata.

Con immensa stima, di Lei egregio Collega

Devotissimo

Prof. ANDREA CECCHERELLI

PARMA, *Strada Vittorio Emanuele N. 186.*

R. Istituto di Clinica Chirurgica della R. Università di Bologna
diretto dal Prof. A. POGGI

NUOVO PROCESSO DI GASTROENTEROSTOMIA

Con apertura delle cavità in primo tempo, a sutura completa

STUDIO SPERIMENTALE

PER I DOTTORI

NICOLA GIANNETTASIO e MATTEO LOMBARDI

Assistenti della Clinica

Due sono i metodi oggi in uso nella pratica chirurgica per eseguire la gastroenterostomia: la sutura ed il bottone anastomotico del Murphy.

Per essi si provvede all'apertura delle cavità in primo tempo; per un terzo infine, che, a prevenire ogni possibile infezione del peritoneo, mira all'apertura delle dette cavità in due tempi, noi possediamo oggi svariati processi alcuni de' quali ebbero il controllo clinico, altri invece rimasero nel campo sperimentale.

Il metodo delle suture, per quanto rapido però, è sempre il più lungo, e, come tale ha inconvenienti non lievi, specie quando si debba operare sopra soggetti cancerosi, o per altre cause, estremamente indeboliti.

Sotto questo punto di vista, il bottone anastomotico del Murphy, fra i chirurghi italiani usato a preferenza e per primi dal D'Antona e dal Carle, offre vantaggi incontestabilmente superiori. Ma il metodo non è scevro pur esso da inconvenienti, e già Chaput (1) e Heidenreich (2), ne stabilirono con accurate indagini, l'esatto valore: tuttavia molti degli inconvenienti e dei difetti da questi autori lamentati sono oggi eliminabili con un'accurata preparazione dell'operando e

(1) Chaput. Valeur du bouton de Murphy. S ciété de Chirurgie, 24 luglio 1895.
(2) Heidenreich. De l'emploi du bouton de Murphy. Congrès Français de chirurgie, 19 ottobre 1896.

con una più perfetta tecnica nella costruzione e nell' applicazione del bottone.

Il processo di Souligoux (1), di Parigi, di schiacciamento e successiva cauterizzazione alla potassa delle rispettive zone viscerali poste e mantenute a contatto con suture circolari siero-sierose; l'altro di data più remota, del Postnikow (2), e quello del Bastianelli (3), e di Chaput (4), tranne alcune variazioni di tecnica, non sono che modificazioni più o meno ingegnose all' idea fondamentale espressa dal Knye nel Congresso di Berlino (1890) sulla proposta della gastro-enterostomia in 2 tempi.

Dal lato clinico il metodo del Bastianelli, ha dato resultati superiori agli altri, e da alcuni, come dal Carle, dal Parlavecchio, dal Fantino (5), viene preferito all'altro del Postinokow e del Souligoux, sebbene alcuni (6) non esitino a fare di quest' ultimo il processo di scelta, almeno fino ad ulteriori progressi dei bottoni anastomotici.

Informate allo stesso concetto, ma senza raggiungere tuttavia lo scopo e l'utilità pratica del bottone del Murphy, apparvero, in questi ultimi anni, tutte le proposte di modificazioni al bottone metallico, in bottoni e dischi anastomotici di varia sostanza, e per la descrizione dei quali rimandiamo senz'altro al recente trattato di *Chirurgie de l'Estomac* di Terrier et Hartmann (7).

Il Paul (8), a sua volta, propone questo suo metodo: incisione della sierosa e muscolare dell' intestino, strati che vengono dissecati in una piccola zona ovalare. La mucosa esposta viene causticata con cloruro di zinco. Simile procedimento si adotta sulla parete dello stomaco, ove viene addirittura esciso un pezzo tondeggiante di sierosa e muscolare, per prevenire ogni eventuale retrazione dell' apertura anastomotica. Una sutura circolare comprendente i margini della ferita dello stomaco e quelli dell'intestino, senza interessare la mucosa, e qualche punto di sutura alla Lembert, completano l'operazione.

Il processo, eseguito con soddisfacenti resultati nei cani non ha ancora avuta applicazione in clinica.

Di più dubbio valore pratico nell'uomo è l'altro processo del Russo Podrez (9), consistente nell' applicazione di due punti in croce, interessanti per 2 centimetri le parti dello stomaco e dell' intestino. La anastomosi si stabilirebbe a capo di 2-4 giorni. Il metodo non è sicuro e fallisce nello scopo, in pressochè la metà dei casi.

---

(1) Souligoux. Presse médicale 1896, 22 luglio, n. 59, p. 349.
(2) Postnikow. Centralbl. für Chirurgie, Leipzig n. 49, p. 1018, 1892.
(3) R. Bastianelli. Riv. Medica, 21 agosto 1894.
(4) Chaput. Soc. Anat. de Paris, 27 Mars, 1896.
(5) V. Martini. Policlinico Vol. VI, C. 1899, pag. 5.
(6) Forgue e Reclus. Trattato di Terapeutica chirurgica, fasc. 41-46, p. 1236.
(7) Paris, 1899, G. Steinheil.
(8) Paul. The British Medical Journal, 4 giugno, 1898.
(9) Podrez. Arch. f. Klin. Chir. Berlin, 1898, t. LVII, p. 353.

Il Sokoloff (1), che lo applicò su quattro infermi, ebbe questi resultati.

In una prima malata, che morì dopo 12 giorni dall' operazione, fu rinvenuto un orificio di comunicazione misurante un centimetro circa. Nella 2.ª inferma, decessa quattro giorni solamente dopo l'atto operativo, la necrosi del tessuto interessato dalle anse del filo costrittore, non era ancora avvenuta, come si ebbe a riscontrare anche nella terza operata, decessa un mese e mezzo dopo l'operazione. Nel quarto caso solamente, il decorso post-operativo depose per un'avvenuta comunicazione fra le due cavità.

Il Porta (2) fissa l'ansa digiunale sulla parete anteriore e posteriore dello stomaco con un sopragitto siero-sieroso, e passa quindi a mezzo di un ago grosso e curvo, con robusto laccio elastico, parallelamente alla linea di sutura, dentro lo stomaco e l' intestino, per annodare poi l' elastico e stringerne i capi non fortemente stirati, con un filo: termina l'operazione con un altro sopragitto.

Il Rossi (3), che ha esperimentato sui cani, raccomanda il processo nella pratica, perchè non pericoloso, e perchè la comunicazione tra le due cavità avviene di regola quante volte non si stringa fortemente il laccio elastico, ciò che porterebbe ad una rapida cicatrizzazione della mucosa recisa: utilissimo per le anastomosi laterali dell'intestino, offre spesso nella gastro-enterostomia l'inconveniente della incompleta sezione della parete muscolare dello stomaco.

Il Mugnai (4), espone infine, al XIV congresso di Chirurgia tenutosi in Roma 28-30 ottobre 1899, un processo che può riguardarsi come una modificazione a quello di Bastianelli: costrizione cioè, a mezzo di un laccio, sulle rispettive porzioni di pareti gastrica ed intestinale, precedentemente cauterizzate.

In tre suoi operati con questo processo, ha ottenuto in tutti il resultato dello stabilirsi della comunicazione fra stomaco ed intestino.

Una più stretta affinità il processo da noi ideato la presenta con quello recentemente proposto dal Doyen (5). Egli comprime fortemente, a mezzo di un robusto paio di pinze dalla pressione di 1.200 kil. le tuniche media ed interna delle parti da anastomizzare; le porzioni così fortemente contuse vengono strette da due lacci di seta ed un doppio piano di sutura è applicato al di dietro di essi. Questi due fili di seta fuoriescono attraverso un piccolo orifizio lasciato nel piano profondo della sutura: si tagliano quindi le parti contuse strette dai fili di seta, e si aprono le rispettive cavità digestive; si terminano poi, anteriormente, il piano profondo e superficiale di sutura.

(1) Sokoloff. Centralbalt Bl. f. Chir. 20 mag. 1899.
(2) Porta. Gazzetta degli Ospedali, n. 127, pag. 1343, anno 1898.
(3) Gazzetta degli Ospedali, n. 138, pag. 1454, anno 1899.
(4) La Clinica Chirurgica anno VIII, n. 1, pag. 10.
(5) V. Terrier et Hartmann Loc. Cit. p. 138-139.

Il processo da noi applicato in un numero non esiguo di cani, e sul quale riferiamo qui in succinto, si modella sulla tecnica operatoria nella fistola d' Eck per la quale, come si sa, il sangue portale viene immesso nella cava.

Ideato nello stabilire questa fistola in cani cui venne dipoi praticata la fistola biliare, allo scopo di studiarne la secrezione biliare, e sui resultati di che già ha riferito uno di noi (1), lo applicammo, e con resultati favorevoli, nei cani per eseguire la gastroenterostomia e le anastomosi laterali.

Riserbandoci di riferire diffusamente sulle singole esperienze a lavoro finito, con la rispettiva descrizione microscopica di ogni singolo pezzo anatomico, facciamo qui notare, che in tre dei cani da noi sacrificati, l'uno dopo 30 ore dall'operazione, l'altro dopo 5 giorni, ed il terzo dopo quindici, la comunicazione fra le due cavità fu rinvenuta completa, e le rispettive mucose furono trovate quasi a mutuo contatto nel primo, e già saldate fra loro negli altri 2.

Ciò premesso, ecco la descrizione del processo:

Affrontamento delle due pareti dello stomaco e dell'intestino, con sutura continua alla Lembert in duplice strato, per l' estensione di 5-6 centimetri. I capi estremi del filo vengono raccomandati a due pinze emostatiche, *e-f*; quindi, mentre un assistente mantiene fissi lo stomaco e l'intestino, l'operatore impianta, alla distanza di 3-4 m.m. dalla linea di sutura, sulle due pareti, le punte degli aghi delle forbicine d'Eck, *g-g*.

Il punto d'ingresso degli aghi è a mezzo centimetro circa all'interno di una delle estremità del sopragitto; il punto d'egresso corrisponde ad uguale distanza all' altra estremità; sì che, data la lunghezza di 5 cm. della sutura siero-muscolare, la lunghezza dell'orificio di comunicazione è valutata a 4 centimetri circa.

A scongiurare ogni possibile inquinamento delle mani dell' operatore, le punte degli aghi vengono afferrate fra due pinze emostatiche, ed i fili conduttori delle forbicine che così avanzano disinfettati convenientemente con sublimato. Mediante compresse di garza sterilizzata con le quali si zaffa accuratamente tutto il cavo addominale, l'operazione viene eseguita, come nei comuni processi operatorî del tubo digerente, al difuori della cavità dell'addome.

Il terzo tempo costituisce forse l' atto più delicato del processo: si comincia dall' applicare fra ciascun capo libero del filo residuato alla prima sutura, ed i fili metallici delle forbicine, un'ansa di catgut con sutura a borsa di tabacco comprendente rispettivamente, la parete sieroso-muscolare dello stomaco e dell'intestino. I due capi liberi di quest'ansa vengono raccomandati quindi a 2 pinze emostatiche, o senz' altro lasciati liberi, *a-b*, *c-d*, mentre si recidono i capi terminali

(1) Giannettasio. Il Policlinico. Vol. VII, C. 1900.

del sopragitto. A partire quindi dal livello del punto d'egresso dei fili metallici delle forbici, ed in prossimità di essi, si applica un piano di sutura nodosa, in modo da affrontare così, per un certo tratto, le due pareti dello stomaco ed intestino. Al disopra di questo primo piano di sutura alla Lembert, ne applichiamo un secondo di sicurezza, continuo. Mentre l'assistente tiene immobilizzate le porzioni di stomaco e d'intestino sulle quali si opera, l'operatore, facendo trazione sui fili metallici, divide così le pareti dei 2 visceri poste e mantenute a contatto dai due piani anteriore e posteriore di sutura. Allontanate le forbicine, vengono subito e contemporaneamente stirate le due anse poste al di dietro dei fili metallici *a*, *b*–*c*, *d*, sì che ogni eventuale fuoriuscita di contenuto gastrico od intestinale non infetti il campo operatorio, in quella che vengono sollecitamente annodate. Un altro piccolo sopragitto al disopra di queste anse che vengono tosto recise, riunisce, e completa così la sutura circolare alla Lembert fra le due pareti.

La comunicazione fra stomaco ed intestino si effettua in tempo brevissimo, 10-15 minuti al più.

I cani da noi operati, previa narcosi morfo-cloroformica, scamparono tutti, tranne che uno, nel quale si ebbe peritonite per fuoriuscita di epiploon dalla ferita operatoria; e, dileguatasi l'azione del narcotico, presero avidamente del latte. Mantenuti a questa dieta per lo spazio di 3-4 giorni, si alimentarono dipoi con dieta mista comune.

Delle 12 esperienze eseguite, solamente in una abbiamo avuto, per 2 volte nella stessa giornata, vomito abbondante di sangue e feci figurate, ma sanguinolente.

Quest' unico caso di emorragia, che per altro non fu mortale, essendosi il cane rimesso già in 5.ª giornata dall' atto operativo, ci suggerì una importante modificazione al processo e sulla utilità della quale ci convinsero esperienze successive.

Ecco cioè come abbiamo operato in tre casi:

Sutura continua alla Lembert, come sopra: alla distanza solita di 3-4 m.m. da essa, divisione della sierosa e muscolare col bisturì, come, e per l'estensione del comune processo del Wölfler. Allacciato ogni vaso sanguinante, si passano nella mucosa così esposta gli aghi delle forbicine, le quali, quando è poi completato l'altro piano superiore di sutura affrontante stomaco ed intestino, non debbono recidere che la mucosa solamente. La minore resistenza incontrata dalle forbicine nel taglio della mucosa sola, ovvia così a qualsiasi trazione sui due piani di sutura, e l'emostasi definitiva, quando occorra, fatta antecedentemente allo stabilirsi della comunicazione fra le due cavità, attenua ed elimina ogni pericolo di emorragia.

In questa guisa abbiamo operato già due gastroenterostomie ed un' anastomosi laterale dell' intestino con esito parimenti favorevole.

Il contatto dei margini della mucosa è favorito dalla stessa sezione delle fibre circolari della tonaca muscolare, le quali, retraen-

dosi, per la salda loro fissazione della mucosa alla cellulare, lo fanno estroflettere rispettivamente verso le cavità opposte.

Riserbandoci, come abbiamo sopra detto, di riportare in dettaglio in altra comunicazione, le singole esperienze alle quali altre ancora contiamo di aggiungere, possiamo, senza tema di giudizio affrettato, conchiudere:

1.° Che il processo operatorio da noi applicato, non è pericoloso, perchè, tranne un cane solamente morto per la eventualità operatoria sopradetta ed indipendente dal processo stesso, tutti gli altri sopravvissero non solo, ma non presentarono mai fenomeni di peritonite.

2.° Che le mucose, pur non affrontate con sutura, vengono tosto a contatto, come abbiamo potuto riscontrare in tre cani sacrificati in periodo diverso.

3.° Che, pur aprendo in primo tempo le cavità, dello stomaco e dell'intestino, non si hanno pericoli maggiori, anzi si scongiurano quelli esistenti con altri processi affini ed inerenti alla sepsi peritoneale.

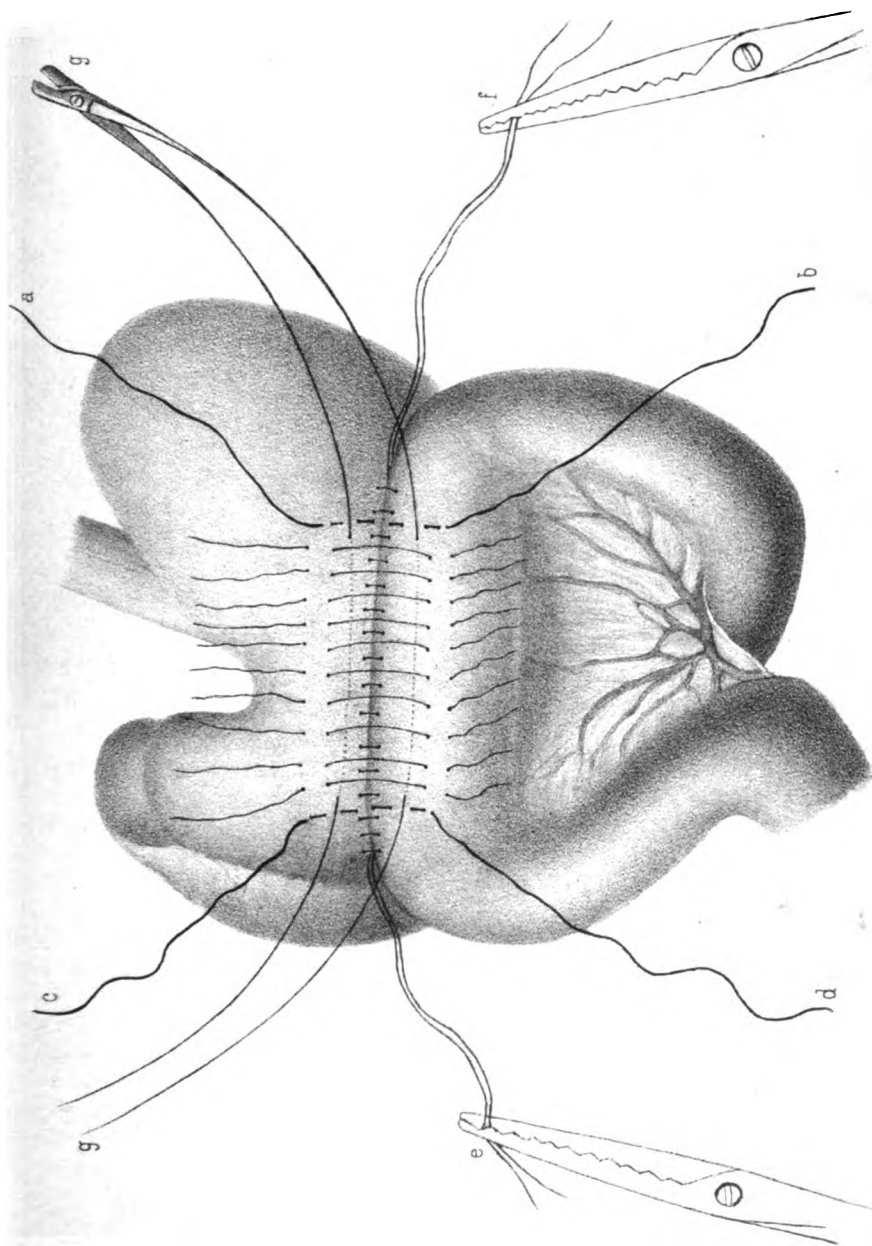
4.° Che non viene impiegato, per stabilire l'anastomosi, alcun corpo estraneo.

5.° Che la celerità dell'operazione uguaglia quella dell' applicazione del bottone del Murphy.

Ond'è, che il processo da noi proposto, pur passando attraverso al periodo degli esperimenti, per i successi che ci ha finora costantemente forniti, può farci sperare in un ésito finale felice ed appieno conciliante le più strette esigenze della sèmplicità con la sicurezza e la stabilità del mezzo imipiegato.

Bologna, Ottobre 1900.

g
a
b
f
c
d
g
e

Laboratorio di Patologia Chirurgica nella R. Università di Pisa
diretto dal Prof. AGOSTINO PACI

OSSERVAZIONI CLINICHE E ANATOMO-PATOLOGICHE
sopra tre casi di
Lesioni traumatiche antiche di nervi periferici
CURATE CON BUON ESITO

PER IL
Dottor DANTE BISO
Aiuto

Avendo avuto opportunità di curare, in unione al mio Maestro Prof. A. Paci, con buon esito tre casi importanti di lesioni traumatiche antiche dei nervi cubitale e radiale, parmi doveroso riferirli specialmente avendo in due dei casi potuto fare l'esame istologico dei punti lesi.

I). *Sezione completa del nervo cubitale destro. Sutura secondaria. Guarigione.*

Macchia Teresa di anni 35, nata a Lari, domestica entra nell'Ospedale di Pisa il 4 Gennaio 1896.

La malata racconta che il giorno 16 Agosto 1895 riportò, per lo scoppio di una bottiglia di conserva, una ferita alla regione interna del braccio destro in prossimità del gomito, e che la ferita fu suturata e guarì per prima intenzione.

Appena sfasciata però la malata notò che nel lato cubitale della mano mancava la sensibilità e che la mano era impedita a compiere i movimenti di flessione e di adduzione. Questi fenomeni paralitici non si modificarono affatto, soltanto si limitò entro confini più ristretti la zona anestetica. A questi fatti si aggiunsero un notevole dimagrimento della mano specialmente manifesto per una rilevante profondità degli spazi intermetacarpei e per un appianamento dell'eminenza ipotenar. Verso gli ultimi di novembre comparvero al lato interno della mano e specialmente sul mignolo alcune flittene, per l'apertura delle quali si determinarono impiagamenti più o meno estesi di queste parti che impedivano alla Macchia di attendere alle sue faccende di domestica. Le piaghe cicatrizzavano molto lentamente, e per la più piccola causa traumatica o per mutamenti bruschi di temperatura le flittene tornavano ponendo la malata in una condizione veramente disgraziata. L'inferma aggiunge che di volta in volta comparvero alcune zone arrossate

sul lato cubitale dell' avambraccio, e che in questa stessa zona e nel lato interno della mano è stata tormentata da parestesie (formicolio) e da dolori trafittivi talora anche intensi. In vicinanza della cicatrice l'inferma ha sentito qualche volta dolori fortissimi, che a quanto racconta comparivano spontaneamente o provocati da urti di minima importanza.

Esame obbiettivo. — Nel braccio destro e sul lato interno di questo, circa tre dita al di sopra dell'epitroclea, si trova una cicatrice lineare, diretta trasversalmente, lunga circa tre cm. L'avambraccio destro appare più sottile del sinistro e specialmente meno sviluppate sono le masse muscolari epitrocleari.

Le dita della mano destra sono in lieve abduzione, la prima falange è estesa, le altre sono flesse, gli spazi intermetacarpei sono profondamente scavati, l'eminenza ipotenar è appena accennata.

La cute del lato cubitale della mano è incompletamente ricoperta da squame epidermiche larghe e grosse; queste squame possono facilmente essere distaccate e al di sotto si trovano superfici di colorito rossastro secernenti un liquido siero-purulento.

Palpando in corrispondenza della cicatrice descritta si avverte un'intumescenza, grande come una piccola oliva, di consistenza piuttosto dura, mobile: la pressione di quest'intumescenza dà luogo ad un dolore intenso e insopportabile. Comprimendo il nervo cubitale nella doccia olecrano-epitrocleare non si determinano parestesie nè dolore come nel lato sinistro. I muscoli cubitali, gli interossei, l'adduttore del pollice e quelli dell'eminenza ipotenar sono flaccidi. Invitando l'inferma a muovere la mano e le dita si rileva che sono aboliti i seguenti movimenti attivi: adduzione della mano, adduzione e abduzione delle dita, opposizione del mignolo, e che sono assai limitati l'adduzione del pollice, la flessione dell'anulare e del mignolo. Saggiando la sensibilità tattile si trova anestesia del lato interno della mano, ipoestesia del lato esterno del mignolo ed interno dell'anulare: altrettanto si può dire per la sensibilità dolorifica ed elettrica superficiale, mentre profondamente si hanno fatti di ipoestesia ma non di anestesia completa. I muscoli cubitali e quelli dell'eminenza ipotenar saggiati opportunamente danno la reazione degenerativa.

In base ai sintomi sopradescritti considerando anche che a nulla avevano giovato le assidue cure elettriche e il massaggio a lungo continuato fu diagnosticato che nell' atto del trauma fosse stato completamente sezionato il nervo cubitale e che il tumoretto dolente che si palpava in vicinanza della cicatrice altro non fosse che il neuroma solito a formarsi all'estremità del moncone centrale dei nervi recisi e che la porzione periferica fosse già invasa da un avanzato processo degenerativo. Siccome la letteratura registra buoni esiti anche in casi di sutura tardiva dei nervi periferici recisi, così fu proposta l'operazione, che accettata venne eseguita il 12 febbraio 1896 dal Prof. Paci previa cloronarcosi e ischemia dell'arto. Fu fatta un'incisione lunga circa 7 cm. nella direzione del decorso del nervo cubitale e avente il suo limite inferiore presso la linea articolare del gomito, e accuratamente dissecando si trovò che circa 2 cm. al di sopra della doccia olecrano-epitrocleare il nervo cubitale presentava una tumefazione a guisa di clava, la quale con lacinie di tessuto di apparenza connettivale era connessa colla parte profonda dell' antica cicatrice; la clava si continuava poi in un cor-

doncino sottile pure di aspetto connettivale, e che si univa all'estremità superiore della porzione periferica di detto nervo, che era ridotta ad una forma presso a poco conica ed era alla sua volta connessa alla cicatrice.

Isolato con cautela il nervo, fu asportato quel piccolo tratto, che comprendeva la clava, il tessuto connettivo interposto fra i due monconi e la estremità periferica assottigliata, e quindi tenendo l' arto in estensione ed esercitando una moderata trazione sui monconi fu praticata una sutura immediata con catgut riuscendo a porre in contatto le superfici di taglio recenti, e la sutura venne rinforzata con tre punti dati nel perinervio. Suturate dipoi le parti molli si fasciò l'arto tenendo l'avambraccio in estensione. La malata si lamentò di dolori nel punto operato per un paio di giorni, dipoi non ebbe più a lamentarsi. Sul lato cubitale della mano non si ebbero mutamenti nella sensibilità, solo le lesioni cutanee migliorarono fino dai primi giorni come del resto avveniva anche prima, quando veniva applicata sulla parte una fasciatura occlusiva.

Dopo 9 giorni furono tolti i punti di sutura cutanea, e fu posta una fasciatura con ferule a largo angolo ottuso, e solo al 25.° giorno lasciammo libera la malata, quando cioè cambiando fasciatura gradatamente eravamo giunti a porre l'avambraccio ad angolo retto sul braccio e quando avevamo la certezza che la saldatura fra i monconi nervosi doveva essere avvenuta.

Il 16 Marzo, cioè 32 giorni dopo l'operazione, l'inferma uscì dall'Ospedale in queste condizioni: la cicatrice della ferita operativa è solida, localmente, la malata non si lamenta più di dolori, e neppure colla pressione a livello della sutura nervosa si viene a determinare un dolore molto intenso. La posizione delle dita, le sensibilità delle varie specie, i movimenti della mano e delle dita sono immutati. Sul lato cubitale della mano si trovano lesioni cutanee simili a quelle descritte e che sono ritornate da circa 15 giorni. Viene iniziata una cura elettrica ed il massaggio.

Il 4 maggio 1896 l'inferma, prima di recarsi in campagna (ciò che le è consigliato per le condizioni generali alquanto scadenti) viene minutamente visitata, e si riscontra che mentre nulla è mutato riguardo alla sensibilità si ha invece che cominciano ad accennarsi i movimenti di adduzione della mano, di adduzione e abduzione delle dita, di opposizione del mignolo. Tornata dalla campagna, dove era stato continuato il massaggio e per impossibilità sospese le applicazioni elettriche, la malata fu sottoposta a nuovo esame, il quale dimostrò che il miglioramento aveva progredito e non solo nei movimenti ma anche nella sensibilità, giacchè l'area anestetica era diminuita. Lentamente e progressivamente guarirono le lesioni trofiche cutanee, che più non ricomparvero, e a poco a poco la donna riacquistò la forza della mano e del braccio in modo da poter attendere ai suoi lavori di domestica prima impossibili, e riacquistò pure la sensibilità. Fu dimessa il 7 Ottobre 1896 dall'ambulatorio in ottime condizioni, che si mantengono anche oggi dopo più di quattro anni dall' operazione, solamente esiste un grado abbastanza marcato di flessione del mignolo, che però non dà disturbo alla donna, e le permette di attendere alle sue faccende.

II). *Paralisi del nervo radiale di destra in seguito a sezione completa di esso nella doccia bicipitale quantunque la sezione fosse seguita da sutura immediata con seta.*

Maria Lucchesi negli Acconci d'anni 46, attendente a casa entra nell'Ospedale di Pisa il 2 febbraio 1897. Nel novembre del 1896 la donna era venuta a farsi visitare dal Prof. Paci per paralisi del nervo radiale di destra, che essa raccontava essere seguita a recisione involontaria fatta da altro chirurgo durante un'operazione subìta per osteite condensante dell'omero di destra nell'Agosto dello stesso anno.

Siccome però ci fu dato informarci che il nervo subito dopo la lesione era stato suturato, così dato il breve tempo trascorso dalla sutura, il Professor Paci si rifiutò di intervenire tanto più ammaestrato dall' esperienza del caso precedente, nel quale si era solo ottenuto un principio di guarigione dopo più di tre mesi dalla sutura. Nel febbraio però, circa 6 mesi dopo la lesione nervosa, non essendosi ancora manifestato il più piccolo miglioramento malgrado le cure assidue ambulatorie di massaggio e di elettricità, ed insistendo la donna per essere soccorsa specialmente in causa di dolori molto forti spontanei che dalla cicatrice si irradiavano fino alla mano, fu accolta nel turno chirurgico e sottoposta ad accurato esame.

Esame obiettivo. — Nel terzo superiore del braccio e nella parte superiore del terzo medio ed all'esterno si nota una cicatrice, e l'omero sottostante si nota ingrossato e deformato. Colla palpazione fatta al terzo medio del braccio subito all'esterno del bicipite si desta un dolore assai intenso e insopportabile e pare di avvertire che il dolore si provochi quando si comprime sull'osso sottostante un piccolo tumore resistente che nettamente si avverte. Facendo tenere alla malata il braccio orizzontalmente si ha che la mano resta in flessione palmare ed in leggera pronazione, che il pollice è flesso e come nascosto dalle altre dita, e che la malata non può estendere nè la mano, nè le dita. La forza della stretta di mano è ridotta a ben poco e le dita non possono compiere manovre delicate, come scrivere, cucire, ecc. Tenendo l'arto su di un tavolo in modo che la mano sia in estensione, si trova che i movimenti di estensione, abduzione, e abduzione delle dita sono possibili, mentre continuano ad essere impossibili i movimenti di abduzione e adduzione della mano. Tutti i movimenti di preensione del pollice sono impossibili. Tenendo l'avambraccio in estensione la malata non può eseguire la supinazione, che è invece possibile tenendo l' arto in flessione. L'avambraccio flesso non può venire esteso attivamente, e se esteso non può presentare nessuna resistenza alla flessione passiva.

Riguardo alla sensibilità, non si notano nell'avambraccio e nella mano aree anestetiche, solo si nota ipoestesia al dorso della mano.

Non vi poteva esser dubbio riguardo alla diagnosi di paralisi del radiale, e perciò considerando che malgrado la sutura immediata subito dopo la lesione del nervo non si aveva alcun accenno di miglioramento pur essendo trascorsi sei mesi, considerando che nel luogo dove il nervo era stato reciso esisteva un tumoretto dolorosissimo alle palpazioni, nel sospetto o che la sutura non avesse tenuto o che il processo d'osteite condensante, per il quale la donna era stata operata, avesse impedito la saldatura dei due monconi nervosi, fu deciso d' intervenire con un atto operativo. Il 10 febbraio perciò, previa cloro-narcosi e ischemia con laccio elastico, il Prof. Paci con

un' incisione lunga circa 7 cm. e cautamente dissecando scoprì il nervo radiale per un certo tratto al di sopra e al di sotto del punto ove era stato suturato. Si trovò allora che quivi il nervo si presentava ingrossato a guisa di clava, e che a questo faceva seguito un piccolo tratto di nervo assottigliato, dopo di che esso aveva la sua grossezza normale. Il Prof. Paci dissecò allora il nervo che nel punto leso era connesso con tessuto connettivo al periostio sottostante, e recisa la clava e la parte di esso assottigliata, adoperando catgut procedè alla sutura immediata del nervo stirandolo e rinforzando la sutura con tre punti dati nel perinervio. Fatta dipoi la sutura cutanea si applicò una fasciatura in modo da immobilizzare l'arto, e da tenere l'avambraccio ad angolo retto sul braccio. La ferita guarì per prima intenzione, ma tuttavia per circa un mese si mantenne l'arto immobilizzato, dopo di che la donna uscì dall'Ospedale pur continuando ambulatoriamente a fare cure elettriche e massaggio.

Per circa quattro mesi le condizioni della donna si mantennero immutate, solo accusava la comparsa a quanto a quanto di parestesie, specie al dorso della mano. Ma dipoi lentamente e progressivamente andò riacquistando la funzione del braccio e della mano, cosicchè dopo 6 mesi circa dall'operazione visitata si constatò che a braccio esteso era possibile l'estensione della mano, era scomparsa l' ipoestesia, solo residuava l' impossibilità a flettere completamente le dita, cosa che speravamo che col tempo riuscisse ad ottenere, e che invece neppure oggi dopo più di tre anni dall'operazione ha ottenuta. Tuttavia la donna adopera l'arto assai bene per tutti gli usi della vita.

III). *Paralisi del cubitale di destra in seguito a frattura dell' estremo inferiore dell'omero.*

Andrea Ceccherelli, di Attilio, d'anni 8, di Carrara, entra nell'Ospedale di Sarzana il 4 Dicembre 1898. Nel Maggio 1898 cadde a terra in seguito ad un forte urto di un compagno, e riportò una lieve lesione al gomito destro, che fu diagnosticata per una lussazione posteriore e curata colla riduzione e coll'applicazione di un apparecchio gessato mantenendo l'avambraccio ad angolo retto. Dopo un mese fu tolto l'apparecchio e furono iniziate delle cure di massaggio, tanto più che il malato accusava un senso di debolezza non solo nei movimenti dell' avambraccio ma anche in quelli della mano.

Ma riuscendo inutili le cure di massaggio a riottenere la funzione dell'arto e di più essendo comparse delle flittene sul mignolo, che aprendosi avevano dato lungo ad impiagamenti, la famiglia si decise di portarlo nell'Ospedale.

Esame obiettivo. — Per non tornare a ripetermi mi basterà dire che avevamo anche in questo bambino gli stessi sintomi che nel primo caso, e che nessun dubbio poteva rimanere circa la diagnosi di paralisi periferica del nervo cubitale.

L'essere susseguita la paralisi al trauma del gomito fece a ragione dubitare che quivi dovesse esistere la lesione nervosa, e ciò fu anche confermato dal fatto che esaminando il gomito fu facile apprezzare che il trauma aveva dato luogo non a lussazione ma a frattura. Infatti fu rilevato che 1 cm. al di sopra dell' epitroclea il margine interno dell' omero non era regolarmente ed uniformemente assottigliato, ma presentava come un incavo della profondità di circa un cm. prodotto da sporgenza all'indentro del fram-

mento inferiore. E che così fosse, si controllava per una deformità inversa che sul lato esterno si apprezzava con sporgenza del frammento superiore ed incavo dell'inferiore, il che dimostrava che era preesistita la frattura trasversale sopracondiloidea dell'omero.

Anche in questo caso subito al di sopra dell'epitroclea si avvertiva un tumoretto della grossezza di un pisello, che però non essendo estremamente doloroso ed essendo molto mobile e di consistenza non molto dura come negli altri due casi si ritenne non essere un neuroma, ma una glandola linfatica ingrossata. Sospettando o che nell'atto della frattura il cubitale fosse stato reciso dai frammenti ossei, o che la sua funzione fosse impedita per essere esso impigliato nel callo fu deciso d'intervenire con un atto chirurgico. Il giorno 8 di dicembre previa cloronarcosi e ischemia il Prof. Paci fatta un' ampia incisione lungo il tragitto del nervo cubitale scoprì detto nervo e al di sopra e al di sotto del callo osseo nella fossa oleocrano-epitrocleare.

Quest' incisione mise in evidenza che il tumoretto prima avvertito era davvero una glandola linfatica, che fu asportata. Procedendo con cautela si potè manifestamente vedere che il nervo per un tratto di circa 2 cm. era impigliato nel tessuto cicatriziale paraosteale di contro al callo osseo e che la sporgenza su descritta del frammento inferiore era rilevante per modo da agire verso il nervo come una puleggia di rimando, per la quale il nervo stesso veniva a subire distensione e compressione per adattarsi all' angolosità rientrante che esisteva fra il frammento inferiore e superiore della frattura. Il decorso del nervo veniva ad essere prolungato, giacchè invece di essere foggiato a direzione rettilinea descriveva una linea spezzata seguendo la direzione dei due frammenti, sui quali restava fissato per la sua guaina d'inviluppo. Il nervo conservava in tutto il suo decorso scoperto la stessa grossezza e solo si notava un colorito grigiastro nel tratto sottostante al punto di contatto col margine del frammento inferiore, che contrastava col colorito grigio-rossastro della porzione soprastante. Allora il Prof. Paci credè opportuno di limitare l'intervento all'asportazione di quella porzione di frammento inferiore che deviava e stirava comprimendo il nervo stesso, che restava quivi ischemizzato, e procedè alla sutura cutanea.

Appena destatosi il bambino accusò un senso di formicolio molesto al mignolo. La ferita guarì per prima intenzione e non fu senza soddisfazione che sfasciandolo dopo 9 giorni dall'operazione si potè notare che era scomparsa l'area di anestesia, erano guariti gli impiagamenti del mignolo, e che sebbene non al completo erano possibili i movimenti che prima assolutamente non potevano compiersi.

Grazie alla cura elettrica ed al massaggio il bambino in breve fu completamente guarito, e oggi solo residua una leggera diminuzione nella flessione dell'avambraccio sul braccio dovuta all'antica frattura, per la deformità del frammento inferiore rotato un po' in avanti oltre che spostato lateralmente indentro per rispetto al superiore.

Esame microscopico dei pezzi tolti nel primo e secondo caso. — I pezzi dissecati furono posti nel liquido di Müller, quindi passati attraverso i varii alcool, inclusi in celloidina e colorati col carminio, e con la ematossilina, col metodo di Pal e con quello di Ströebe. Col sussidio di questi varii metodi tecnici si è potuto in ambedue i casi rilevare che la porzione di moncone centrale tumefatta è costituita da fibre nervose mieliniche e da

una discreta quantità di tessuto connettivo. Le fibre nervose sono dirette in tutti i sensi e convolute in modo da formare una specie di gomitolo, esse evidentemente sono il prolungamento delle preesistenti; il connettivo è il nevrilemma che ha subito un aumento proporzionato alla quantita di fibre nervose contenute in questo tumore, che per la sua costituzione ricorda perfettamente i nevromi da amputazione.

Il cono col quale terminava il moncone periferico nel primo caso e la parte assottigliata facente seguito alla clava nel secondo caso è fatto da connettivo e da fibre nervose alterate tanto che nè col metodo di Pal si riesce a colorare una guaina mielinica normale, nè col metodo di Ströebe si scopre un solo cilindrasse conservato. Ciò che si nota è una particolare apparenza del connettivo che costituisce il cordone e che è fatto dai residui delle guaine di Schwann e dal nevrilemma.

Nel pezzo asportato nel secondo caso si vedevano grossi fasci di fibre, che per i loro caratteri si rilevava essere di seta animale residuo del laccio col quale era stata fatta la sutura immediata dal chirurgo.

Considerazioni. — La paralisi del cubitale nel primo caso, del radiale nel secondo, erano dunque dovute, come risulta dall'esame istologico dei pezzi asportati, al fatto che le fibre nervose neoformate o per meglio dire il prolungamento delle fibre nervose preesistenti nel moncone centrale invece di farsi lungo la guida del moncone periferico, era invece avvenuto in modo da dar luogo ad un gomitolo di fibre nervose, cioè al fibro-neuroma. Le due operazioni fatte dal Prof. Paci, colle quali tolto il fibro-neuroma e la porzione conica del moncone periferico si erano esattamente affrontati i due monconi, hanno dato luogo alla guarigione, perchè le fibre nervose preesistenti hanno potuto prolungarsi lungo il moncone periferico, e il tempo necessario a che ciò avvenga ci spiega bene perchè in ambedue i casi il ripristinamento funzionale dell'arto sia stato così lento e progressivo. Perchè poi nel caso della paralisi radiale la guarigione non abbia tenuto dietro alla sutura del nervo fatta subito dopo la lesione, tanto più che la sutura aveva tenuto, noi non ci sappiamo esattamente spiegare. Certamente il processo di riparazione ossea, che tenne dietro all'operazione fatta, può aver disturbato il prolungarsi delle fibre nervose lungo il moncone periferico, certamente può averlo disturbato l'essere stata fatta la sutura con seta e con grossa seta e non aver affrontato esattamente le superfici di sezione.

Quanto alla paralisi del cubitale del terzo caso la rapidità con cui si è avuta la guarigione ci porta ad ammettere che la compressione che il nervo subiva in quel punto non fosse tale da aver fatto degenerare la porzione periferica di esso, ma solo da impedirne la funzione, e che perciò tolto l'ostacolo il nervo abbia potuto riprendere tosto la sua funzione.

Ospedale Civile e Militare di Narni

TRE CASI
DI ENTERECTOMIA ED ENTERO-ANASTOMOSI
COL METODO PARLAVECCHIO

CONTRIBUTO

ALLA

guarigione della peritonite perforatrice da tifo
MEDIANTE LA LAPAROTOMIA

PER IL

Dottor EGISTO CURTI

Nei numeri 8, 16 e 18 del *Policlinico* (fascicoli 4, 8 e 9 di Chirurgia) del 1898, il Parlavecchio, Chirurgo negli ospedali di Roma, pubblicava un interessantissimo lavoro di Chirurgia dal titolo: « *Nuovo metodo per le entero-anastomosi nell'asse e laterali, e per le gastro e le colecisto-enterostomie, con presentazione di un enterectomo e di un enterostomo speciali* ». In esso l'A. dopo avere con una rapida rivista critica esposto tutti i pericoli e le difficoltà inerenti a questo genere di operazioni: dopo aver fatto una rassegna completa di tutti i metodi conosciuti, dimostrando che nessuno di essi risponde a tutte le esigenze tecniche della delicata operazione (entero anastomosi), le quali egli raccoglie, come in un vero decalogo operatorio, in dieci semplici postulati, passa a proporre e a descrivere il suo *Metodo* che si compone di tre processi diversi, da lui successivamente ideati e provati. Il primo di questi processi (*dei quattro lacci*) ed il secondo (*dell'enterectomo*) non possono competere col terzo (*dell'enterostomo*), nato da essi, e che di essi è più facile, più elegante, più sicuro e per conseguenza ad essi preferibile.

Questo processo si pratica con due klemmers comuni e con l'*enterostomo*, istrumento che consta pure di due klemmeretti retti speciali, che possono poi essere avvicinati e tenuti rigidamente addossati, mercè un fermaglio di facile maneggio. La tecnica di questo

terzo processo, che ha vittoriosamente contraddistinto il Metodo Parlavecchio, è descritta diffusamente in questa estesa memoria dell'autore, è riportata in una mia pubblicazione nel *Supplemento al Policlinico* (1) ed in un altro recentissimo lavoro del Prof. Parlavecchio, dal titolo « *Di una utile modificazione all'enterostomo* » (2). A questi lavori rimando il lettore, che voglia rendersi esatto conto di tutte quelle particolarità tecniche che sono necessarie per ben comprendere e valutare i diversi momenti e la specialità dell'operazione, ma che non possono essere estesamente riportate e ripetute nella descrizione dei singoli casi.

I pregi di questo metodo di enterectomia ed entero-anastomosi sono largamente dimostrati e messi in luce dall'autore nella sua prima e seconda memoria, confrontandolo specialmente col *processo di Murphy*, l'unico che per rapidità può rivaleggiare con questo dell' enterostomo, che del processo di Murpy ha tutti i vantaggi senza averne i difetti. La prova clinica finora dà ragione all' autore ed a coloro che, adoperato il processo, se ne sono mostrati poi caldi fautori. Fra costoro sono anche io, che posso portare un piccolo contributo personale, il quale, trattandosi di un metodo nuovo e che attraversa il periodo della prova, può non essere trascurabile.

Questo processo infine, che l'autore ha chiamato dell'entorostomo, può essere eseguito benissimo anche senza l'enterostomo stesso, come avverte anche l'autore e come ho potuto provare io nei miei casi; poichè ai due klemmeretti speciali, i quali debbono essere riuniti fra loro per formare a mezzo di un fermaglio o di una vite l'istrumento, si possono sostituire due klemmeretti comuni retti di Kocher.

L'autore accompagna la prima pubblicazione di questo processo con l'illustrazione di due casi clinici con esito fortunato, terminando con queste parole: « Non mancherò di far conoscere i resultati dei casi, che avrò occasione di operare. Pubblico intanto il metodo nella speranza che esso sia bene accolto e messo alla prova, dalla quale soltanto può venire la sua sanzione ».

E per confortare l'Egregio Collega nelle sue ben fondate speranze e nell'intento di contribuire alla diffusione di questo metodo di enterectomia ed enteroanastomosi facile, quasi sempre coronato da splendido successo e meritevole di essere maggiormente diffuso e generalizzato, non credo inutile di far conoscere i casi, che ho avuto l'opportunità di operare nel breve periodo di 7 mesi circa, e cioè dal 24 luglio 1899 al 13 febbraio di quest'anno. Essi sono tre, operati per indicazioni assai diverse e cioè:

a) per ernia inguinale sinistra strozzata con gangrena dell' intestino,

(1) Anno V. numero 52 del 28 ottobre 1899.
(2) La Clinica Chirurgica Anno VIII n. 3 del 31 marzo 1900.

b) per ernia crurale destra strozzata con gangrena pure di un'ansa intestinale,

c) per grossa fistola stercoracea residuo di una peritonite da ulcera tifosa perforata, curata colla laparotomia.

Riassumo brevemente il primo di questi casi, che è stato publicato nel fasc. 52 del Supplemento al Policlinico dell'anno scorso, prima di esporre gli altri due casi.

I.

La mattina del 24 luglio 1899 il collega Cascioli mi conduceva da Calvi, per farlo da me operare nell' Ospedale di Narni, un uomo affetto da ernia strozzata. L'infermo, certo Salvatori Bernardino di anni 53, contadino di Aquila, dimorante in Calvi dell'Umbria, presentava un'ernia inguino-scrotale sinistra di antica data, la quale, a dire del collega, aveva da due giorni presentato segni di strozzamento. Il Dott. Cascioli era stato chiamato dal paziente il giorno innanzi, ed aveva riscontrato vomito persistente, che non era più cessato e che cominciava a farsi stercoraceo. Aveva fatto parecchi tentativi di taxis riusciti infruttuosi, ed avendo inutilmente esaurite le solite risorse terapeutiche, che in simili casi, specialmente nelle condotte di campagna, si usano, aveva persuaso il paziente a sottoporsi all'erniotomia, come sola ed unica àncora di salvezza. L'ernia era grossa, tesa, dolente, di risonanza alquanto chiara. Le condizioni generali dell'infermo erano discrete.

Preparato rapidamente l'infermo, coll'assistenza del Dott. Cascioli e del collega Dott. Antonietti pratico l' anestesia locale cocainica ed incomincio l'operazione. Non ricorsi al cloroformio perchè nelle ernie ne faccio abitualmente a meno e perchè nel caso in discorso, datando lo strangolamento da così breve tempo, mai più avrei pensato di trovare l'intestino gangrenato. Ma incisa appena la pelle ed il sotto-cutaneo ne fui avvertito dall'imbibizione dei tessuti, segno che mai ho visto mancare quando il contenuto del sacco è in necrosi.

Aperto il sacco fuoriesce una notevole quantità di liquido siero-sanguinolento e si scopre un'ansa del tenue strozzata, di colorito bluastro con chiazze nerastre. Allora sbriglio ed apro largamente il colletto, svolgo l'ansa e faccio per 8 o 10 minuti delle fomentazioni boriche calde; ma essa non ripiglia affatto il suo colorito. La parete dell'intestino ingrossata, dura, friabile, presentava qua e là delle ulcerazioni incomplete.

Dinanzi a questo inatteso reperto non mi restava che praticare l' ano contro natura, o resecare l' ansa grangrenata. M' appigliai a quest' ultimo partito, tanto più che il paziente non dava segni di grave sofferenza.

Di tutti i metodi di enterectomia ed entero-anastomosi, mi sembrò più adatto al caso quello del Parlavecchio, quantunque non l'avessi mai visto eseguire e mai l'avessi provato sul cadavere. Lo conoscevo soltanto per la lettura fattane nel Policlinico dell'anno precedente. Con tutto ciò lì per lì, senza starci a pensare oltre, non avendo l' enterostomo, stabilito il tratto d'intestino da resecare, colloco 4 klemmeretti comuni nei punti dovuti, delimito il tratto di mesenterio da asportare coll' ansa, stacco rapidamente l'ansa gangrenata chiusa all'estremità fra due klemmeretti, avvicino i due klemmeretti rimasti ed occludenti le estremità dei monconi, li faccio tenere

uniti da uno degli assistenti e procedo alla sutura nel modo dal Parlavecchio prescritto.

Sfilati via i klemmers e completata la sutura, stropicciando questa tra il pollice e l'indice ebbi la sensazione esatta della ristabilita canalizzazione dell'intestino, perchè il moncone afferente, che era ripieno di un contenuto simile alla palpazione ad un ammasso di semi di zucche, si svuotò nell'efferente. Cucito il mesentere e fatta la toletta del campo operativo, ripongo l'ansa nel cavo addominale e quindi compio l'operazione radicale dell'ernia col metodo Bassini, avvertendo di escidere il sacco il più in alto possibile. L'ansa resecata apparteneva al tenue ed era lunga circa 20 cm.

Il paziente sopportò benissimo l'atto operativo. Il vomito cessò subito e non comparve più. Il giorno stesso cominciò ad emettere gas dall'ano, il giorno appresso defecò abbondantemente. Per 2 o 3 giorni ebbe singhiozzo, senza però dolorabilità all'addome, meteorismo od altri segni di peritonite. La temperatura, che all'ingresso nell'ospedale era al di sotto della norma, risalì e si mantenne a 37. All' 8.° giorno tolsi i punti. La guarigione fu ritardata da un ematoma sottocutaneo, causato dall'ignoranza dell' infermo, che nella prima notte dopo l'operazione credette bene di saltar giù dal letto per orinare.

II.

Nel pomerigio del giorno 13 gennaio di quest' anno vengo chiamato presso la vecchia Gamboni Maddalena di anni 83, perchè sotto gli sforzi della tosse era stata presa da forte dolore alla regione inguino-crurale destra. La vecchia era affetta da quel lato da un'antica ernia omentale crurale parzialmente riducibile.

Nella regione si nota un tumore grosso quanto un pugno, bernoccoluto, duro, non riducibile, dolente alla palpazione e spontaneamente, con una prominenza nel mezzo più sporgente e di consistenza elastica, fluttuante. C'erano dolori addominali fieri e vomito.

Per l'ora tarda e per la grave età dell'inferma e sopratutto per la data recente dei sintomi di strozzamento prescrivo l'applicazione *in situ* della vescica di ghiaccio, un enteroclisma ed un purgante, riserbandomi di operare la mattina seguente, nel caso che questi comuni rimedi avessero fallito.

L'indomani le condizioni dell'inferma erano immutate, anzi il vomito s'era fatto più frequente ed ostinato. Faccio allora trasportare la donna all'ospedale, dove, seduta stante, fatte le necessarie pulizie, l'opero di erniotomia colla sola assistenza del collega Dott. Rainaldi.

Incisa la pelle cado immediatamente sul sacco, che isolo accuratamente. L'incido e fuoriesce del liquido siero-sanguinolento e fetido. Contiene dell'omento iperemico ed aderente largamente ed un'ansa del tenue già necrosata.

Sbrigliato l'anello crurale in alto, incidendo il legamento del Poupart, disimpegno l'ansa e la sottopongo per 5 o 6 minuti a fomentazioni calde; ma, visto che essa non modifica il suo colorito bruno, pratico l'enterectomia e l'entero-anastomosi terminale col metodo Parlavecchio, eseguendo l' operazione con 4 klemmeretti, non avendo in pronto l' enterostomo. Finita la sutura riaffondo l'intestino nell'addome, distacco le aderenze dell'omento dal sacco e parte ne reseco e parte ne riaffondo nell' addome. Escido il sacco più in alto possibile, lo chiudo con sutura a borsa di tabacco e chiudo quindi

l'anello crurale avvicinando con punti staccati i pilastri, dopo aver riunito il ponte di Poupart reciso. Non mi curai di eseguire nessuno dei numerosi processi di cura radicale Ruggi, Novaro, Parlavecchio, Stecchi, Bonomo, ecc., perchè urgeva di far presto e l'età e le condizioni della paziente, operata senza anestetici, non mi permettevano di andar tanto per il sottile.

Dopo l'operazione, che fu abbastanza bene sopportata, vi fu per 3 giorni una vera euforia. Temperatura normale, discreto meteorismo, nessuna dolorabilità, qualche conato di vomito. In 4.ª giornata, essendo ancora l'alvo chiuso, faccio praticare un clistere glicerinato e si ottengono abbondantissime scariche poltacee normali. Ma poche ore dopo in pieno benessere la malata, già debolissima, comincia a dire che si sente male, chiede soccorso, si sente soffocare e, presa da rantolo, muore prima che le si possa apprestare qualsiasi soccorso terapeutico.

All'autopsia si rinviene l'ansa perfettamente riunita e canalizzata, l'omento un po' iperemico ed aderente all'anello interno per una robusta briglia: nessun'altra traccia di peritonite.

Giudicai quindi che la morte fosse avvenuta per paralisi cardiaca.

L'esito infausto, che si ebbe in questo caso, non infirma la bontà del metodo, poichè la morte fu completamente estranea al processo operatorio seguito: ce ne assicurano il reperto necroscopico e l'andamento clinico.

III.

Questo terzo caso è di un'importanza veramente eccezionale. Oltre ad essere uno dei non molti casi di grossa fistola stercoracea trattati con la resezione dell'intestino e l'enteroanastomosi terminale ed uno dei primi, se non il primo, operato col metodo Parlavecchio, è anche un modesto contributo alla cura della peritonite perforativa nel tifo per mezzo della laparotomia, essendo uno dei pochi casi conosciuti, seguiti da guarigione.

L'esporrò piuttosto diffusamente.

Di Angelantonio Giocondo, di anni 25, da S. Vito (Narni) viene condotto all'ospedale nelle ore pemeridiane del giorno 22 ottobre 1899, colla diagnosi di occlusione intestinale, e viene ricoverato nel reparto medicina al letto n.° 9.

Poche ore dopo io mi recava all'ospedale per la consueta visita pomeridiana, ed avendo appreso che il malato si trovava in condizioni piuttosto gravi, quantunque fosse stato ammesso nel reparto del medico, andai a visitarlo.

Ad un esame rapidissimo trovai. L'addome tumefatto uniformemente, pochissimo dolente alla palpazione, eccetto che nel quadrante inferiore destro, ove la dolorabilità è piuttosto diffusa, con intensità massima ad un punto determinato, che non corrisponde al punto patognomonico di Mac Burney. Alla percussione suono timpanico, leggermente smorzato nel quadrante inferiore destro. Meteorismo discreto, non esagerato. Le anse intestinali non si designano sotto le pareti addominali. Vescica quasi vuota. Vomito non esagerato, non singhiozzo. Temperatura 37°. Pulsazioni 100.

Il malato racconta che da tre giorni non emette più feci dall'ano ad onta di purganti e di ripetuti enteroclismi, e chiede di essere urgentemente soccorso.

Escludo che si tratti di occlusione intestinale, escludo in pari tempo l'appendicite e, ricevuta l'impressione che trattisi d'ileo paralitico, ordino

per il momento un enteroclisma glicerinato ed iniezioni di solfato neutro di stricnina.

Frattanto il Medico, nella cui sezione era stato ricoverato l'infermo, e dal malato e dai parenti di lui raccoglie con pazienza le seguenti notizie anamnestiche.

Il Di Angelantonio era malato in casa da circa 10 giorni con febbre ed era curato dal collega Giuseppe Spinedi, che l'aveva trattato con purganti e l'aveva sottoposto a dieta liquida. Verso le ore 13 di giovedì 19 ottobre il malato si era levato per andare, come è costume dei nostri contadini, a defecare fuori di casa. Ebbe una buona scarica semiliquida. Poco dopo n' ebbe un'altra, alla quale seguì subito un dolore acutissimo, atroce nel quadrante inferiore destro dell'addome.

Il dolore s'irradiò subito a tutto il ventre, che si tumefece, e per 5 ore causò al malato un'agitazione ed una smania indescrivibili. Gli fu somministrata qualche goccia di laudano e quindi una cartina di calomelano alla sera. Da quel momento l'alvo si chiuse completamente. Chiamato il medico curante, e saputo che il calomelano era rimasto senza effetto, ordina 2 oncie di olio di ricino. Ma l'alvo restò ostinatamente chiuso per tutto il vederdì 20 ottobre ed il sabato 21, ad onta di ripetuti enteroclismi elevati a considerevole altezza. (Fu scoperchiato il tetto della casa!)

Diagnosticata allora un'occlusione intestinale, il curante invia il malato all'ospedale per un eventuale intervento chirurgico.

Giova notare che in quell'epoca nella frazione di S. Vito ed in quasi tutto il contado di Narni infieriva un'epidemia d'ileotifo.

Il medico dell'ospedale, visitato dopo ciò l'infermo, lo riconosce affetto da febbre tifoide e ritiene che l'accidente sopraggiunto fosse nè più nè meno che un *volvolo* per attorcigliamento dell'intestino, basandosi principalmente sull'insorgere brusco del male in seguito a scariche alvine. Esclude l' ileo paralitico, sostenendo che questo avviene solo nella coprostasi: conferma l'ordinazione delle iniezioni di stricnina: fa il vuotamento dello stomaco.

L'enteroclisma fu efficace: si ebbe poco dopo un' abbondante scarica poltacea, alla quale ne seguirono altre due nella nottata.

La mattina di lunedì 23 ottobre si aveva: Temperatura 37°. Pulsazioni 100. Sofferenze diminuite. Addome meteorico.

Prima di prenderci la responsabilità di un intervento, visto il relativo benessere dell'infermo ed il nostro disparato concetto diagnostico, fu da noi invitato a visitare il malato anche il collega Dott. Antonietti. Venne scartato che si trattasse di occlusione intestinale; mi fu scartato l'ileo paralitico e fu scartata la perferazione dell'intestino (peritonite (perforativa) perchè in 4 giorni avrebbe condotto a morte il paziente e perchè non avrebbe spiegata la totale mancata funzione dell'intestino.

Colla diagnosi di attorcigliamento brusco del tenue, le scariche avute nella nottata potevano ritenersi come provenienti dal tratto dell' intestino inferiore al punto attorcigliato. Si riconosce la necessità d'intervenire e con questa diagnosi, non condivisa da me, si conviene di operare.

Ed alle ore 14 di quello stesso giorno (23 ottobre), previa narcosi cloroformica (Dott. Antonietti), coll'assistenza del Dott. Rainaldi pratico la laparotomia mediana ombellico-pubica. Aperto il peritoneo, ispessito e teso, fuoriesce una notevole quantità (più di un litro) di liquido puruloide e di odore fecale. Compaiono le anse del tenue, fortemente iniettate, rosse, me-

teoriche, in moltissimi punti ricoperte da spesse membrane fibrinose ed aderenti fra loro. Il liquido viene dalla fossa iliaca destra e dal bacino. Allora, per meglio dominare il punto donde viene il liquido puruloide e per meglio ricercare la causa della peritonite, non potendo svolgere che malamente le anse del tenue impaccate fra loro, a metà dell'incisione ombellico-pubica non esito di farne un'altra di 8 cm. perpendicolare ad essa, sezionando il muscolo retto addominale di destra e giungendo fin presso alla cresta iliaca anteriore superiore di destra. Scoperta la fossa iliaca, mi riesce così di svolgere limitatamente ma sistematicamente le anse intestinali, senza diffondere di più la peritonite al lato sinistro dell'addome.

Rinvengo allora in un'ansa del tenue, e nel punto opposto all'inserzione mesenterica di questa, una perforazione grossa quasi come un soldo, a margini netti, da cui fuoriesce liquido fecale e l'olio di ricino ingerito 3 giorni prima. Per la detta apertura cerco di svuotare bene l'intestino, quindi, recentati i margini dell'ulcera, ne pratico la sutura a due piani, uno a tutto spessore, e quindi uno più esterno siero-sieroso alla Lambert.

Un'ulcerazione di un'altra ansa intestinale, pure essa grossa quanto un soldo circa, che aveva distrutta la sierosa e la muscolare, e che era evidentemente la conseguenza del distacco di aderenze fra ansa ed ansa, viene prudentemente anch'essa ricucita con doppia sutura alla Lambert.

Asciugato meglio che è stato possibile il cavo addominale, senza ricorrere a lavaggi, per non diffondere di più la peritonite che si era miracolosamente localizzata soltanto a metà dell'addome, faccio la sutura a strati della ferita mediana e di quasi tutta la ferita trasversale, lasciando un'apertura di 3 cm. circa all'estremo esterno di questa, con un drenaggio di garza iodoformica pescante nella fossa iliaca. Bendaggio ed iniezioni di stricnina. Alla sera la temperatura era 36,6 con 100 pulsazioni e 24 respiri: il malato ha smania eccessiva e sete intensa.

Riassumo il diario dei primi giorni dopo l'operazione.

24 ottobre. Mattina temp.ª 36 pulsaz. 100 respiri 25
Sera » 36 » 100 » 25
Sete intensa. Ventre tumefatto, poco dolente. Urine scarse. Emissione di gas dall'ano e verso sera una scarica poltacea poco abbondante. Vomito. Si nutrisce con latte e cognac.

25 ottobre. Mattina temp.ª 36 pulsaz. 95 respiri 22
Sera » 36,6 » 105 » 22
Notte agitata. Una scarica poltacea. Urina in quantità discreta. Meteorismo. Lingua secca ed impaniata. Si rinnova la medicatura: i punti della sutura mediana si trovano suppurati. Il tampone viene estratto quasi asciutto e viene cambiato. Non più vomito, nè singhiozzo.

26 ottobre. Mattina temp.ª 37.2 pulsaz. 93 respiri 22
Sera » 38.2 » 100 » 25
Aspetto migliorato. Agitazione diminuita. Sete intensa. Urine abbondanti. Frequenti emissioni di gas dall'ano.

27 ottobre. Mattina temp.ª 37.7 pulsaz. 115 respiri 22
Sera » 38.4 » 100 » 25
L'aspetto del malato è soddisfacente. Si nutrisce già con ristori e cognac.
Viene rinnovata la medicatura. Si trova suppurazione diffusa a

tutta la ferita mediana e laterale. Dal cavo addominale esce del pus e del liquido fecale. Appena tolto il tampone si ode un gorgoglio ed un fischio di aria. Allora è facile vedere che in vicinanza dell' ulcera suturata e già cicatrizzata se n'è aperta un'altra dalla quale sgorga il contenuto dell' intestino, che si versa nell' addome. Pratico immediatamente la chiusura con doppia sutura alla Lembert, senza recentarne i bordi, anche di questa nuova apertura e faccio il tamponamento con garza jodoformica. Sulla ferita esterna applico un impacco umido al sublimato 1 $^{0}|_{00}$.

28 ottobre. Mattina temp.^a 37.2 pulsaz. 96 respiri 19
Sera » 37.4 » 105 » 25

Lo stato generale del malato continua discreto, ma la suppurazione della ferita laparotomica si è generalizzata. Si ha un vero flemmone settico delle pareti del ventre. Tolti tutti i punti la superficie della ferita appare gangrenosa con secrezione marciosa fetidissima. Si sono formati degli insaccamenti marciosi multipli, che vengono largamente sbrigliati. Pratico dei lavaggi prolungati, zaffamenti multipli con garza jodoformica. Applico drenagg ed un nuovo impacco umido al sublimato.

29 ottobre. Mattina temp.^a 36,8 pulsaz. 100 respiri 23
Sera » 38 » 105 » 25

Le condizioni generali dell'infermo si mantengono sempre discrete. La medicatura è imbrattata di pus e feci. Si è aperta nuovamente l'ulcera intestinale, che fu suturata due giorni addietro. Essa lascia perdere il contenuto dell' intestino nella medicatura, che tramanda un odore fetidissimo. Lavaggi prolungati. Medicatura dell' ampia breccia, come di un vasto ascesso, che nel fondo comprende le anse intestinali, aderenti alle pareti e fra di loro. Iodoformio ed impacco al sublimato.

30 ottobre. Mattina temp.^a 37 pulsaz. 97 respiri 23
Sera » 38 » 98 » 28

Oltre alla perdita delle feci si è formato un insaccamento marcioso nel bacino, che viene lungamente irrigato e drenato. Si tenta di nuovo l' enterorrafia laterale con doppia sutura alla Lambert, previa recentazione dei margini della perforazione e raschiamento della superficie dell' ansa perforata. Il fondo della breccia suppurante, costituito dalle anse intestinali, comincia a coprirsi di granulazioni. L'aspetto dei bordi delle ferite laparotomiche è migliorato. Le condizioni generali si mantengono discrete.

*
* *

Anche questo tentativo di chiudere l'apertura intestinale fallì. Nelle suci cessive medicature continua a presentarsi un' abbondante secrezione di fec. e si stabilisce così una fistola stercoracea che funziona in modo ammirabilee

Vengono praticate quotidianamente lavande abbondanti con soluzionborica calda. Fra le anse intestinali, in fondo alla ferita laparotomica mediana, nella regione ipogastrica, come residuo dell' insaccamento marcioso più sopra notato e drenato, si stabilisce un seno fistoloso, da cui viene pus abbondante e cremoso, fetidissimo.

Questo seno va a perdersi nel cavo peritoneale e probabilmente nel bacino. Non stimo prudente di sbrigliarlo o per lo meno di dilatarlo, per non ledere le anse intestinali e mi contento di custodirlo tutti i giorni con lavaggi borici prolungati. La vasta piaga granulante viene medicata quotidianamente a piatto con garza jodoformica. Il malato, oltre alle feci abbondanti emesse per la fistola intestinale, prosegue ad avere irregorlarmente delle scariche alvine dall'ano.

La temperatura serale si porta gradatamente alla norma e vi si mantiene costantemente, però l'appetito scema e le forze si deprimono in modo notevole.

*
* *

Il 30 novembre, essendosi il malato rimesso un poco in forze, cerco di liberarlo dalla sua incomodissima malattia. Sotto la narcosi cloroformica e coll'assistenza dei colleghi Rainaldi e Sabatini tento di richiudere la fistola stercoracea. A tal uopo comincio dall'isolare e scollare la mucosa procidente dal forame fistoloso, e con pochi punti di sutura a borsa di tabacco, applicati dal lato esterno scollato, stringo e chiudo il forame. Con un'altra simile, ma più esterna, restringo di più il forame facendo abbassare e scomparire nel lume intestinale, a guisa di sperone perduto, la mucosa procidente. In tal modo la fistola è completamente obliterata. Raschiate allora le granulazioni rigogliose contornanti la fistola, fino a scoprire le tuniche dell' ansa intestinale per largo tratto, sull' obliterata apertura fistolosa pratico una sutura alla Lembert, ed un' altra ne pratico successivamente in senso perpendicolare alla prima. Lavaggio con soluzione fenicata: tamponamento con garza jodoformizzata. Cartine di oppio e bismuto per provocare una coprostasi temporanea.

Questo terzo tentativo fallì completamente: la sutura tenne per 3 giorni ed alle prime defecazioni la fistola si riaprì e ricominciò a funzionare con una precisione da far disperare. E così in seguito fallirono tutti gli altri tentativi di richiudere la fistola con enterorafie laterali, ad onta che siano stati messi in opera tutti i diversi sistemi di sutura conosciuti, con o senza recentazione dei margini fistolosi. Ed il malato, che s'era rimesso abbastanza bene, torna a deperire e l' apertura della fistola si va gradatamente allargando, fino a permettere l'uscita quasi totale del contenuto intestinale non completamente digerito: (la fistola è in un' ansa del tenue).

La vasta piaga dell'addome invece nel frattempo si è alquanto ristretta, ad onta dell'incessante deposito di sterco, che quotidianamente ci si faceva: (la medicatura veniva ricambiata due volte al giorno): ma la pelle attorno è tutta ulcerata per l'irritazione della medicatura imbrattata di feci.

*
* *

In queste condizioni, per non perdere il malato senza lottare fino all'ultimo, mi decido per un intervento energico e radicale.

Il 13 febbraio, coll' assistenza dei colleghi Antonietti (al cloroformio) Battistelli e Rainaldi, comincio col raschiare accuratamente tutta la superficie granulante della vasta piaga dell'addome. Fatta l'emostasi con un tamponaggio caldo, cerco di liberare i margini dell'apertura fistolosa dell'inte-

stino e di mobilizzarli, afferrandoli con pinzette emostatiche. Ciò fatto scollo piano piano l'ansa intestinale fistolosa dal peritoneo parietale addossato, e procedendo con grande cautela un po' col bistory, un po' colle forbici, un po' col dito e con altri istrumenti ottusi, mi apro una breccia laparotomica abbastanza grande, che mi permette di estroflettere comodamente l' ansa fistolosa, già afferrata sopra e sotto la fistola con 2 klemmeretti.

Un'ampia laparotomia m'è impossibile, perchè le anse intestinali, a causa della peritonite pregressa, oltre ad essere tutte impaccate fra loro, sono tutte aderenti alla parete addominale. Sicchè un lungo taglio di questa a nulla avrebbe giovato. L' apertura di 6 o 7 centimetri che riesco a procurarmi, mi basta per estrarre l' ansa col sue mesenterio, dopo averla liberata con molta delicatezza dalle aderenze colle altre anse dell'intestino. Piazzati altri due klemmeretti all'infuori di quelli già posti per mobilizzare l'ansa stessa, procedo risolutamente all' enterectomia ed alla enteroanastomosi terminale col metodo Parlavecchio, cominciando però col resecare l'intestino e quindi il mesenterio, non potendo in quello stretto spazio fare in questo l'emostasi preventiva, a causa della piccola apertura dell'addome e della poca mobilità dell'ansa da resecare. Provveduto all'emostasi faccio l'anastomosi col metodo suddetto; ma la sutura mi riesce laboriosissima, perchè l' ansa efferente è aderente quasi in totalità alla parete addominale ed il disimpegnarla di più procura una lacerazione della sierosa viscerale ed emorragia relativamente notevole: questa decorticazione della sierosa e l'emorragia sono appunto due condizioni sfavorevoli per la riuscita dell'operazione.

Fatta la prima sutura credo utile rafforzarla con un' altra, pure alla Lembert: assicurata l'emostasi, specialmente nell'ansa efferente un po' maltrattata, stropiccio il cingolo della sutura fra le dita per riformare la canalizzazione dell' intestino, benchè vuoto, e riaffondo l' ansa in quello che dovrebbe essere il cavo peritoneale. Metto una striscia di garza jodoformizzata fra l' ansa operata e le altre e sovrappongo una medicatura antisettica abbondante. L'atto operativo, eseguito a malato quasi sveglio a causa della sua estrema debolezza, durò più di un'ora. L'infermo viene portato nel suo letto di corsia in condizioni gravissime: freddo e coi polsi filiformi.

Iniezioni di etere, caffeina ed olio canforato, e bottiglie calde.

Alla sera la temperatura sale a 36,6; i polsi non si contano. C'è vomito e grande dolorabilità nella regione operata. Vengono continuate le iniezioni di olio canforato e nolla notte se ne concede una di morfina.

Queste condizioni continuano immutate nel giorno seguente 14 febbraio

La mattina del 15 febbraio il malato ha una temperatura di 36: il polso filiforme, la faccia ippocratica; ha pure vomito e singhiozzo e dolori forti. Egli sente le anse intestinali agitate da violenti movimenti peristaltici ed antiperistaltici, ed il gas contenuto in esse giungere gorgogliando fino ad un punto, che resta chiuso, e retrocedere. Nella notte ha emesso delle scibale dure e grosse, provenienti certamente dal tratto posteriore al punto anastomizzato.

Medicatura: tolto il drenaggio di garza l'ansa anastomizzata si vede già coperta da granulazioni ed aderente alle altre. Tamponamento leggerissimo della cavità.

Dopo un lieve e passeggiero sollievo ritornano le gravissime condizioni di prima, le quali perdurano immutate la mattina appresso 16 febbraio. Allora, visto che la canalizzazione dell' intestino non si è ristabilita e che

ci sono segni evidenti di un' occlusione intestinale, riporto il malato in camera d'operazione e da me solo risolutamente torno ad estrarre dall'addome l' ansa anastomizzata; il che mi riesce con estrema difficoltà, essendo già essa largamente aderente ad altre anse ed alla parete dell'addome.

Pure il distacco laborioso si può compiere col solo sussidio delle dita, eccetto che nell'angolo inferiore, proprio in corrispondenza della sutura intestinale, dove l'ansa è inginocchiata e trattenuta da una briglia di 2 cm. di larghezza alla parete interna dell'addome. La taglio ed attraggo, finchè m'è possibile, l' ansa all' esterno; stropiccio nuovamente fra le dita il cingolo della sutura e riaffondo l' ansa stessa, interponendo fra essa e la parete dell'addome, al posto dell'aderenza tagliata, una striscia di garza.

Il malato si sente subito sollevato, i dolori diminuiscono, il polso migliora, la temperatura sale la sera stessa a 37. Vengono emessi ripetutamente dei gas dall'ano con grande sollievo dell'infermo e cessano il vomito ed il singhiozzo.

Il malato può così cominciare a nutrirsi con latte, brodo e cognac. L'intestino ripiglia la sua normale funzione; il miglioramento si accentua e prosegue senza interruzione.

Colle successive medicature quotidiane si ha un rapido ma graduale restringimento del cavo e della vasta superficie ulcerata e dopo poco più di un mese l'infermo è in grado di alzarsi. E senza aver presentato disturbi digestivi esce dall'ospedale completamente guarito il 25 aprile.

Questa la storia del mio interessantissimo malato. Nessun dubbio che in questo caso la salvezza dell'infermo si dovette alla buona inspirazione, che ebbi, di ricacciare nuovamente le mani dentro a quel peritoneo, che già ne aveva viste, come suol dirsi, di tutti i colori, e che a tutti gli stimoli e a tutte le infezioni aveva reagito sempre vittoriosamente. Per poco però un'accidentale complicazione postoperatoria non distruggeva il frutto di un lungo e paziente lavoro e di una serie di atti operativi, che meritavano, più che per me per chi li dovette subire, un esito fortunato. E l'esito finale e complessivo è stato dei più lusinghieri. Non sarà perciò inutile che a proposito di questo caso, e più specialmente degli atti operativi cui dette luogo, faccia qualche considerazione. Ed innanzi tutto dirò della mia prima operazione sull'infermo.

*
* *

L'intervento chirurgico sulla peritonite perforativa in genere è ormai quasi da tutti accettato; ma in quella da *perforazione durante il corso del tifo*, fino a qualche anno addietro, era molto contestato, non ostante le pubblicazioni in proposito di Abbé (1), Ferraresi (2),

(1) Ulcera tifica perforata: guarigione. *Medical Record* 5 gennaio 1895.

(2) Laparotomia per peritonite da ulcera tifosa perforata Resezione parziale dell'intestino. Disinfez. peritoneale: guarigione. *Riforma Medica* 3 genn. 1895.

Dieulafoy (1), Houzè (2) e quella molto recente di Monod e Vanverts (3). Oggi comincia a prevalere l'idea che la laparotomia sia l'unica àncora di salvezza, e che si debba, salvo il caso che l'infermo sia in condizioni gravissime, sempre intervenire. Questo è risultato luminosamente dalla discussione sull'argomento fatta in seno della Società Lancisiana degli Ospedali di Roma nella seduta del 15 gennaio 1898 a proposito di un contributo portato dal Dott. Margarucci (4), il quale, malgrado l'esito infausto del suo caso, sostenne l'opportunità dell'intervento in questo genere di peritoniti.

In questi casi di peritonite perforativa, come nota giustamente il Tricomi (5), lo stato generale dell'ammalato dà poche speranze e quindi i risultati dell'intervento non possono essere buoni, ma *melius anceps quam nullum experire remedium.*

I casi di guarigione sono pochi e si sono ottenuti intervenendo nelle prime ore dalla perforazione.

Fino al 1891 la statistica delle operazioni per perforazioni tifose da un articolo di Van Hook (6), dava, compresi i casi dubbi, 19 laparotomie con 4 guarigioni, e scartando i casi non bene diagnosticati soltanto 12 operazioni con una sola guarigione.

Il Ferraresi nel suo diligente lavoro per illustrare il suo caso, che è il primo operato e guarito in Italia, riporta la statistica di Van Hook, ed aggiungendo a questa i casi di

Cayley e H. Allingham (1894) seguiti da morte,
Netschagau (1894) guarito,
Abbe (1894) guarito,
Alexandroff (1894) seguito da morte,
il proprio (1894) guarito,
2 casi di Canali seguiti da morte, raccoglie la statistica nota così: 27 laparotomie con 7 guarigioni, e, scartando i casi dubbi, 20 operazioni con 4 guarigioni (6).

L'Houzé riporta solo 28 casi con 6 guarigioni, una delle quali è dubbia.

A queste statistiche secondo il recente lavoro di Monod e Vanverts dovrebbero aggiungersi i casi di Wagner (1889), Korte (1892), Dames Harrison (1894) non riportati dal Ferraresi e finalmente quelli di Parkin, Murphy, Ill, Viggin, Hotchkiss, Watson (1896), Thompson,

(1) Dell'intervento chirurgico nelle peritoniti da febbre tifoide *La France médicale* n. 44 1896.

(2) De l'intervention chir. dans la périt. aigüe diffuse par perforation spontanée. *Thèse de Doctorat.* Paris 1896.

(3) Trattamento chirurgico delle peritoniti da perforazione nella febbre tifoide *Revue de chirurgie* n. 3 III, 97.

(4) *Supplemento al Policlinico*, anno VI. n. 12 del 22 gennaio 1898.

(5) Trattato Italiano di Chirurgia. Vol. VI, parte II, pag. 121.

(6) Philadelphia Medical News 1891 vol. IX pag 591.

(7) Ferraresi. Loco citato.

Termet, Lejars, Routier, Monod, Brun. In tutto 42 osservazioni. Gli A.A. però tralasciano alcuni dei casi riportati dal Ferraresi e presentano una statistica di soli 39 casi, che ripartiscono così:

Osservazioni complete 27 casi con 4 guarigioni
» incomplete 7 casi
» dubbie 5 casi (1).

E così il Margarucci poteva asserire che nella letteratura si conoscevano casi 39 con 10 guarigioni, mettendo fra queste qualche caso, che Monod e Vanverts ingiustamente (come pel caso del Ferraresi) riportano fra le osservazioni incomplete.

Osservazioni più recenti non so che ce ne siano tranne quelle di Gesselewitsch e Warnach (5 casi infausti) (2), quella del Margarucci. e quello di Panton (3). Trattarono l'argomento Cushing (4), Deaver (5).

A queste dovrebbe aggiungersi il caso da me curato, che sarebbe il 2.° guarito in Italia, dopo quello del Ferraresi, ed il 12.° in tutta la letteratura nota, comprendendo fra i casi certi e guariti anche le 7 osservazioni incomplete riportate da Monod, e tralasciando i 5 casi dubbì. E che nel mio caso si sia trattato con certezza di febbre tifoide, quantunque sia mancato il reperto anatomo-microscopico, non ci può essere dubbio, poichè il trattamento curativo istituito dal Collega, che prima curò il malato, depone per questa diagnosi, la quale è poi confermata dal fatto che nella frazione abitata dall'infermo infieriva a quell'epoca un'epidemia di tifo addominale e dal fatto che tale diagnosi fu subito fatta dal Medico dell'ospedale, a cui l'infermo fu inviato prima dell'atto operativo. La sede dell'ulcera perforata conferma la diagnosi stessa.

Per conseguenza credo che il mio caso debba ritenersi fra i casi certamente confermati di tifo addominale e che quello del Ferraresi ed il mio nella statistica delle osservazioni complete dovrebbero occupare il 5.° ed il 6.° posto.

La statistica di quest'affezione darebbe così 50 operazioni con 6 guarigioni certe.

In quanto alle modalità dell'intervento dovetti allontanarmi dalle norme adottate dagli altri operatori, che mi precedettero, dettate dal Van Hook e riportate dal Ferraresi, da Abbe e meglio formulate da Monod e Vanverts, sia rispetto all'epoca che alla maniera dell'intervento stesso, per ragioni tutt'affatto eccezionali e peculiari al caso da me curato. La peritonite circoscritta, limitata a mezzo addome,

---

(1) Monod e Vanverts. Loco citato e Supplem. al Policlinico anno III n. 27.

(2) Mitteilungen ans den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie. Vol. II, fascicolo 1.° e 2.° 1897.

(3) Annales of Lurgery 1897 agosto.

(4) Tohn Hopkin hosp Bulletin 1898 nov

(5) American Journal of the Medical sciences, febb. 1898.

mi obbligò al taglio speciale a ⊢ per poter svolger limitatamente le anse intestinali e andare alla ricerca della perforazione, senza diffondere di più il processo flogistico, e m'impose di non adoperare il lavaggio, che fu invece utilmente adoperato da altri. E credo che fu per la circostanza di questa peritonite circoscritta e per avere adoperato il drenaggio di garza se non perdetti il mio operato e se potei, benchè attraverso ad una lunga e triste odissea di sofferenze, trarlo in salvo, completando la cura con l'operazione di Parlavecchio.

Finalmente in quanto alla tecnica operatoria mi piace di constatare come io per prova abbia trovate giuste le obiezioni che il Ferraresi, in una replica (1), muove alle conclusioni di Monod e Vanverts. Essi dicono che si deve fare la semplice sutura della perforazione (salvo eccezioni), senza escisione dei margini dell'ulcera, perchè trovarono nelle autopsie, che la morte era sempre avvenuta per propagazione della peritonite e non perchè non avesse tenuto la sutura dei margini dell'ulcera perforata. L'A. obietta che in questi casi, essendo la morte sopraggiunta dopo non molto tempo dall'intervento, la sutura doveva ancora tenere per azione meccanica; e che il fatto notato da Monod e Vanverts non dimostra che, se gl'infermi non fossero stati uccisi dalla peritonite, l'adesione dei margini necrotici dell'ulcera in qualche punto non sarebbe in seguito mancata. E cita in proposito il caso di Abbe, che dovette la salvezza dell'infermo all'avere lasciato aperto l'addome e circondata l'ansa perforata, da lui semplicemente suturata, con striscie di garza.

Nel mio caso la sutura nella prima perforazione recentata tenne benissimo, nell'altra perforazione apertasi 4 giorni dopo e che fu chiusa senza recentazione dei margini non tenne affatto, e non tennero tutte le suture successive cadute su sierosa intestinale settica, perchè, come dice Ferraresi, le sierose intestinali settiche non si saldano fra di loro per la stessa ragione che non abbiamo la prima intenzione nelle ferite settiche delle altre parti del corpo.

* * *

Venendo ora a parlare dell'altra principale operazione praticata sul mio infermo osserverò subito che la cura delle grosse fistole stercoracee e dell'ano contro natura coll'enterotomo di Dupuytren, colle cauterizzazioni dei margini, coll'operazione plastica alla Dieffembach, ecc. ha ormai fatto il suo tempo.

Anche la enterorafia laterale non ha dati buoni risultati.

Ormai di fronte ad una grossa fistola stercoracea o ad un ano contro natura noi ci rivolgiamo più spesso all'entero-anastomosi o alla esclusione completa del tratto fistoloso, e raramente all'enterectomia

(1) Supplemento al Policlinico anno III, 1897.

seguita da entero-anastomosi terminale. Quest' ultima, per unanime consenso, si vede bandita, quasi scomunicata nei trattati di chirurgia, perchè troppo grave. « Dura a lungo ed è difficile », dice lo Zuckerkandl nel Lexicon terapeutico del Bum. « richiede l' uso della più scrupolosa asepsi e grande esattezza nel fare la sutura dell'intestino ».

Ciò non pertanto essa resta l'operazione ideale del genere, l'operazione più completa e radicale nel vero senso della parola. E quantunque combattuta, perchè negli esiti viene sorpassata da altre operazioni meno gravi, come l'esclusione dell'ansa fistolosa, pure essa è stata tentata con fortuna da varî operatori.

Il Koenig ne descrive la tecnica e afferma di averla adoperata con successo più volte, pur non celandone la difficoltà e la gravezza (1). Ottimi risultati ottenne anche il Billroth (2).

Il Kozinski nel presentare la sua statistica di laparotomie all'XI Congresso internazionale di Roma (1894), affermava di aver praticato 9 volte (su 32 resezioni d'intestino) l'enterectomia per ano contro natura con 7 guarigioni e 2 morti. Ed in base a questo risultato difendeva tale operazione dalle obiezioni del Novaro, il quale nell'ano contro natura e fistola stercorale crede che essa possa essere con vantaggio sostituita dall'entero-anastomosi ampia fra l'ansa superiore e quella inferiore all'ansa corrispondente alla fistola stercoracea o all'ano contro natura, affermando di avere avuto con questa, senz'altro intervento, la guarigione in 3 casi (3).

Chaput, che si è molto occupato della cura dell'ano contro natura, è fautore della *sutura per abrasione* (4), di cui riporta parecchi casi operati da lui, ed uno operato dal Mordret, con esiti lusinghieri, Accetta l'enterorrafia longitudinale senza resezione, ma dà la preferenza all'antero-anastomosi, ripudiando la resezione seguita da sutura circolare, quantunque questa sopprima radicalmente la lesione, perchè offre delle difficoltà nella liberazione dell'ansa e per il cattivo stato delle pareti intestinali. Però in un caso, durante un'enterorrafia laterale, a causa della friabilità delle pareti dell'intestino dovette egli stesso ricorrere alla resezione seguita da sutura circolare (5).

Dal fin qui esposto dunque chiaramente risulta che i due metodi che sono restati a contendersi il campo sono l'entero-anastomosi laterale e l'enterectomia seguita da entero-anastomosi terminale.

La prima gira le difficoltà che s'incontrano nella resezione, è più benigna, più semplice e cade su intestino sano, ma lascia in situ il tratto dell'intestino malato, che dovrà poi a poco a poco guarirsi;

---

(1) Tratt. di Chirurgia speciale. Vol. II, pag. 427, Vallardi 1889.

(2) Mo Gerolamo. Trattato di Medicina Operatoria redatto dal Dott. Luigi Rasgotti, pag 421.

(3) Atti dell'XI Congresso Medico internazionale Vol. IV, pag. 126-127 Chirurgia

(4) Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche n. 73 del 21 giugno 1894.

(5) Id. Id. n. 74 del 23 giugno 1894.

mentre la resezione è più difficile ad eseguirsi, ma è più completa e sicura.

Migliorati però i metodi di sutura e di riunione dei capi terminali dell'intestino reciso, la entero-anastomosi terminale previa resezione, tenuta fino ad ora in disparte per la sua difficoltà, va guadagnando terreno a scapito dell'entero-anastomosi laterale e dell'esclusione dell'intestino fistoloso. Infatti, appena che Murphy fece conoscere il bottone anastomotico, il Postempski nel 1894 l'adoperava per riunire i capi dell'intestino resecato in una fistola stercoracea consecutiva ad ernia crurale (1), e così adoperarono la resezione, servendosi per la riunione dei capi ora della sutura circolare, ora del bottone anastomotico, il Postempski stesso (altri due casi non pubblicati), l'Houzel (2), Momprofit (3), Schulten (4), Gangolphe (5), e recentissimamente il Micheli (6).

Adoperarono invece la esclusione dell'intestino o la entero-anastomosi laterale, per citare qualche nome, Eiselberg (7), Novaro (8), Schwartz (9), Lavisè (10) e recentemente Monguidi (11).

Io nel mio caso, sfiduciato da tutti gl'insuccessi che avevo avuto con tutte le operazioni palliative da me già praticate nel mio infermo, mi sono appigliato risolutamente alla resezione del tratto d' intestino fistoloso ed alla riunione dei capi resecati, a preferenza dell' entero-anastomosi laterale e dell'esclusione dell' ansa fistolosa, quantunque l'atto operativo da me prescelto si mostrasse più irto di difficoltà tecniche e presentasse maggior pericolo, perchè era il solo che, riuscendo, mi dava affidamento di guarire definitivamente e radicalmente il malato che era stanco di soffrire e che chiedeva di finirla una buona volta. Non nascondo che, nella considerazione delle difficoltà dell' operazione e della sua gravezza in rapporto specialmente alla debolezza dell'infermo, mi fu di grande conforto quella qualche esperienza, che del metodo Parlavecchio avevo acquistata coi due casi da me precedentemente descritti. E praticai l'operazione senza l'enterostomo, col solo sussidio di quattro Klemmeretti. La buona riu-

---

(1) R. Accad. Medica. Seduta del 22 aprile 1894.

(2) 12.° Congresso francese di Chirurgia, Ottobre 1898 e Clin. Chirurgica n. 10 del 1898.

(3) Id

(4) La Clinica Chirurgica, Fasc. 5 pag. 403 del 1899.

(5) Revue de Chirurgie 4. 1896 e Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche n. 85 del 1896.

(6) Clinica Chirurgica fasc. 3 del 1900.

(7) 28.° Congresso della Società tedesca di Chirurgia Aprile 1899, nella Clinica Chirurgica fasc. IV 1899

(8) Atti del Congresso Medico internazionale Vol. IV pag. 126-27 Chirurgia.

(9) La Clinica Chirurgica, fasc. X del 1899

(10) 4.° Congresso della Società Belga di Chirurgia. La Clin. Chirurgica 1900.

(11) Associaz. Medico-chirurgica di Parma. Sed.ª 5 gennaio 1900. Nel supplem. al Policlinico n. 11, anno VI del 13 gennaio 1900.

scita torna interamente a vantaggio del metodo, che non poteva essere messo alla prova in condizioni più sfavorevoli, e cioè:

a) soggetto molto deperito,
b) condizioni morbose precedenti dell'infermo,
c) mancanza d'istrumenti necessari,
d) prima volta che era eseguito.

Tutte queste difficoltà furono superate felicemente e perciò credo di essere nel vero se affermo di nuovo, come un' altra volta ebbi a fare, che il metodo Parlavecchio è preferibile a tutti gli altri, perchè è buono, comodissimo, di sicura riuscita, di facile e rapida esecuzione; che esso può dare splendidi risultati nelle mani di tutti e che perciò merita di esser meglio conosciuto e divulgato.

Narni, Aprile 1900.

Dall'Istituto di Clinica Chirurgica operativa della R. Università di Parma
diretto dal Prof. ANDREA CECCHERELLI

CONSIDERAZIONI CLINICHE - SPERIMENTALI

SULLA PATOGENESI DELLE ALTERAZIONI GASTRICHE
CONSECUTIVE ALLE STENOSI BENIGNE DEL PILORO

E STUDI

SUI RESULTATI PROSSIMI E REMOTI DELLA GASTROENTEROSTOMIA E PILOROPLASTICA

PEL

Dott. G. B. GHERARDI

(Continuazione. V. N. e 5 e 6)

OSSERVAZIONE III. De M. Giulia, d'anni 32. di Riva di Trento.

Stenosi pilorica. — Pilorite e peripilorite. Piloroplastica. Guarigione.

Entra in clinica il 10 febbraio 1894. Un anno prima era stata operata di rene mobile, la fissazione del quale tolse le sofferenze gravi a cui andava soggetta la paziente. Trascorsi alcuni mesi in buone condizioni, dopo la nefrorrafia, verso il dicembre cominciarono disturbi seri a carico dello stomaco che in breve si aggravarono; aveva dolori vivissimi in corrispondenza dell'epigastrio, nausea, vomiti, specialmente dopo 2 o 3 ore dai pasti. Palpando in corrispondenza della regione pilorica, si accentuava il dolore e si sentiva una durezza liscia, uniforme, non rilevata. L'esame dei vomiti non accennava a nulla di speciale, perchè contenenti materie alimentari e null'altro; acido cloridrico abbastanza abbondante. Lo stomaco varcava di cm. 3 la cicatrice ombellicale. Piccola, di conformazione scheletrica regolare, ha scarso il pannicolo adiposo. Non possibili i lavaggi gastrici perchè mal tollerati dalla paziente.

— Di quest'operata ho avuto notizie dal dott. Armanni di Riva di Trento in data del 24-4-99.

« Non ha disturbi gastrici. Peso del corpo Kg. 43,300 ; è diminuita dal settembre scorso di Kg. 1,70. La gran curva dello stomaco arriva ad un dito trasverso sopra l'ombellico. Colle cartine effervescenti arriva ad un dito trasverso sotto l'ombellico ».

OSSERVAZIONE IV. — Faccini Emilio, di anni 41 , di Mezzano. Stenosi pilorica da ulcera pregressa. Gastroenterostomia alla Hacker. Guarigione.

Nulla nel gentilizio. Il paziente solo a 20 anni soffrì di disturbi intestinali con diarrea profusa, addome turgido e borborigmi. Tali disturbi cessarono due anni dopo, e ripresero solo 4 anni appresso con minore intensità.

In tale stato rimase fino a 6 anni fa, quando i dolori dell'addome si fecero più vivi, il senso di pressione all'epigastrio si fece maggiore e come un senso di peso accompagnato da dolori nè vivi nè limitati ad un punto, ma leggeri e diffusi a tutto l'addome. Datano da quell'epoca flatulenze frequenti, qualche volta amare, spesso acide e senso di nausea che a poco a poco degenerò in vomito. Il vomito avveniva da 1,3 fino a 7 ore dopo il pasto e fra le materie vomitate si osservava cibo ingerito anche due o tre giorni prima. Le condizioni andarono peggiorando e andò via via perdendo le forze. Una notte vomitò solo un coagulo di sangue della grossezza di un uovo e qualche goccia di sangue. Dopo avvertì un dolore non molto vivo come un senso di bruciore all'epigastrio, nel prolungamento della parasternale destra, dolore che scomparve in 15-16 giorni. Da allora stette relativamente bene tanto da riprendere i lavori da contadino.

Nell'autunno del 93 cominciò lentamente a peggiorare ed avvertire un dolore vivo all'epigastrio da impedirgli il decubito su quel lato: l'addome si fece sempre più meteoristico: ebbe vomito scarso, fetente; nei primi del 94 ricoverò nell'ospedale ove evacuò dei vermi insieme alle feci. Nel dicembre del 95 ricomparvero fortemente i soliti disturbi addominali, che scomparvero ancora in seguito a cure adeguate. Da un anno a questa parte sono comparse flatulenze acide, che compaiono ad intervalli; il vomito era spesso procurato dal paziente per liberare il ventricolo da quel senso di pesantezza che gli veniva dopo essersi cibato anche moderatamente, ma molte volte era spontaneo il vomito e proceduto da un senso di bruciore all'epigastrio. Questo stato di cose alternato da qualche breve stadio di benessere ottenuto in seguito a cure somministrategli all'ospedale, alle quali ricorse più volte, perdura tuttavia, per cui si è deciso ad un atto operativo.

Costituzione scheletrica regolare, masse muscolari bene sviluppate, pannicolo adiposo scarso, mucose visibili leggermente anemiche, sistema glandolare periferico normale. Peso del corpo Kg. 71.

L'addome conserva la sua forma esagonale normale, rete venosa sottocutanea non appariscente, cicatrice ombellicale non infossata; alla palpazione nulla di anormale. Il ventricolo alla percussione arriva a due dita trasverse dal pube; il limite destro alla emiclaveare destra; il limite sinistro alla emiclaveare sinistra.

L'esame chimico del contenuto gastrico fa rilevare spiccatamente la presenza di acido cloridrico libero. All'esame microscopico si veggono numerosi batteri, qualche fibra carnea, e moltissimi globuli di amido.

La operazione non durò più di un'ora ed in questo tempo furono iniettati 2000 gr. di siero artificiale, come si pratica in tutte la laparotomie e nelle operazioni gravi. La temperatura dopo l'abbassamento (35°) si innalza a 38°, ma il giorno dopo torna normale.

Dopo 6 giorni peso Kg. 1,200 in meno, ma all'uscita della clinica (14 marzo 1898), l'aveva già riacquistato colla guarigione perfetta.

— Si presenta il 22-4-99.

È in floridissime condizioni. Appetito eccellente. L'alimentazione è composta in massima parte di pane e polenta. Dice che il più bel tempo di sua vita è da che si è fatto operare, perchè non ebbe a dolersi di alcun minimo disturbo. Lavora moltissimo da due mesi in risaia. Peso del corpo Kilogrammi 78,800. Da due mesi però è diminuito di Kg. 1,500.

I limiti dello stomaco non sono ancora tornati normali. La gran curva sta un dito sopra l'ombellico e si spinge discretamente a destra. Esiste ancora un po' di dilatazione. Imprimendo delle scosse brusche alla base del torace si genera il rumore di guazzamento. Lo stomaco artificialmente si lascia distendere.

Osservazione V. — Lupi Marcella, d'anni 40, di Guastalla. Restringimento pilorico cicatriziale da ulcera gastrica. Gastroenterostomia alla Doyen. Guarigione.

Nulla nel gentilizio. Fu mestruata a 15 anni. Si maritò a 21 ed ebbe 7 gravidanze, di cui 3 furono abortive prima di 6 mesi e dopo l'ultimo aborto soffrì di endometrite. A 30 anni ebbe cefalee intense, dolori all'epigastrio e vomito. Questi sintomi andarono man mano crescendo per intensità e frequenza tanto che 3 anni dopo entrò in questa clinica. Ha inversione splancnica completa. Allora i dolori erano più vivi, il vomito era nerastro e si ripeteva quotidianamente anche a stomaco vuoto, il dimagrimento era considerevole, l'anemia profonda e adinamia. Fu fatta diagnosi di restringimento pilorico da probabile pregressa ulcera gastrica.

Il 29 dicembre 1890 fu operata di piloroplastica. Il piloro era sotto l'ipocondrio sinistro, il cercine era raggrinzato e duro, ed attorno eravi una forte briglia che da una parte inserivasi al ventricolo un po' al disopra dell'anello pilorico e dall'altra nel duodeno. Il lume pilorico era talmente ridotto da lasciar passare appena una piccola penna di tacchino. Un mese dopo uscì dalla clinica perfettamente guarita. La nutrizione generale aveva già notevolmente guadagnato, le funzioni gastriche si compivano normalmente, l'appetito era buono. In un mese circa dall'operazione il peso del corpo era aumentato di circa gr. 600. Un anno dopo l'operazione ebbe una gravidanza felice.

La paziente godette poi buona salute per 5 anni. Due anni or sono ricomparvero i disturbi a carico dello stomaco, disturbi caratterizzati da dolori alla regione epigastrica, senso di peso, vomito che in principio era ad intervalli, poi quotidianamente e costantemente dopo 3 oppure 4 ore dai pasti. Le sostanze emesse sono costituite da materie alimentari con muco e bile e raramente sangue. Le condizioni generali di nutrizione sono deperite alquanto. Alvo stittico; urine normali. Cute di colorito terreo, tessuto cellulare scarso, masse muscolari denutrite, costituzione scheletrica regolare, mucose visibili anemiche. Sistema glandolare ed arterioso normale.

Esame dell' addome, *ispezione:* leggero grado di avvallamento nei 2 quadranti inferiori, nel superiore destro si nota invece una certa ripienezza. Il sistema venoso sottocutaneo normalmente sviluppato. Cicatrice ombellicale normale. Non si osservano al disotto delle pareti movimenti di anse intestinali. Palpazione: è negativa nei 2 quadranti inferiori, mentre in corrispondenza dell'ipocondrio sinistro si provoca una sensazione dolorosa che si estende verso l'ipocondrio destro. In un punto intermedio tra la regione epigastrica e la ipocondriaca di sinistra; alla palpazione si sente una resistenza mal definibile che discende nell'inspirazione e che è dolorosa alla pressione. Percussione: non ottusità ai fianchi, l'area del fegato è a sinistra e quella della milza a destra e sono nei loro limiti normali. L'area di sonorità del ventricolo ha sede in corrispondenza dell'ipocondrio destro.

L'esame del vomito e del contenuto gastrico rivela la presenza di HCl.

Il metodo dell'Uffelmann per la ricerca dell'acido lattico dà un reperto negativo. Esame microscopico: numerosi corpuscoli amilacei e gocciole di grasso, rare le fibre muscolari conservate, non vi sono parassiti vegetali; non si osservano nè globuli rossi, nè bianchi. Considerato il decorso dell'affezione ed il pregresso atto operativo, non si poteva a meno di stabilire la diagnosi di stenosi pilorica da cicatrice. Vien operata di gastro-enterostomia alla Doyen il 2 dicembre 1897.

Il decorso post'operatorio fu ottimo. Ebbe però per una 15.ª di giorni persistenza del vomito biliare. In 32 giorni era aumentata di Kg. 1,500 di peso essendo da 33 Kg. giunta a 34 $^1/_2$.

— Non potendo muoversi perchè sprovvista di mezzi e molto distante, risponde, in data del 29 aprile 1899, l' Egregio Dr. Gardini « per quanta insistenza abbia usato nulla è valso a che la Lupi si sottomettesse al sondaggio esofageo e nemmeno ad introdurre cartine effervescenti dicendo che ora che sta bene non vuol disturbarsi lo stomaco. Lo stato di nutrizione è buono. È di molto aumentata in peso, mangia e digerisce bene, come quando era sana (prima dell' operazione). L' esame dello stomaco riguardante il limite inferiore m' ha dato che esso arriva a 2 dita trasverse circa sopra l' ombellico. Complessivamente posso accertarla che la sua operazione ha raggiunto perfettamente il suo scopo .... ».

Osservazione VI. — Perendani Clelia, di Berceto. Ulcera del ventricolo. Gastroenterostomia posteriore col metodo Hacker. Sutura sottocutanea. Guarigione.

Nulla a carico dell'ereditarietà collaterale. La paziente non fu mai ammalata. Ebbe mestruazioni sempre regolari. Di 5 gravidanze, 4 furono ben condotte a termine, l'ultima terminò con parto prematuro al 7.° mese. L'attuale malattia data da 2 mesi. Si iniziò con dolori assai vivi in corrispondenza della regione epigastrica, accessi dolorosi che duravano da 5 a 6 ore. I dolori si irradiavano spesso alla colonna vertebrale, alle due spalle. Da circa una settimana si è aggiunto vomito subito dopo l' introduzione degli alimenti: raramente prima del parto. Non ebbe mai ematemesi. Il vomito era costituito da materie alimentari e da muco. Ai ricordati sintomi devesi aggiungere un senso continuo di peso all' epigastrio e di gonfiore. L' alvo si mantenne sempre un po' stittico. Le materie fecali presentarono spesso un colorito nero assai intenso.

L'addome ha la sua forma esagonale. La palpazione dà senso di dolore. Peso del corpo 49 $^1/_2$ Kg. Viene praticata la gastroenterostomia alla Hacker.

— La rivedo il 27 Aprile 1899. Dice di esser stata bene subito dopo la operazione, perchè i vomiti erano scomparsi e così pure i dolori. Da qualche mese solamente sente, nell' intervallo di 10 giorni circa, legger senso di peso e di gonfiore allo stomaco dopo aver mangiato. Mai nausea. L' area gastrica arriva a 2 dita e $^1/_2$ sopra l' ombelico.

Colle cartine effervescenti lo stomaco si dilata ed alla percussione e palpazione si mostra teso come un tamburo. Dopo 5 ore e $^1/_2$ dal pasto di prova non riesco ad estrarre nulla colla pompa gastrica. Non esiste guazzamento.

Osservazione VII. — Rapetti Giovanni, di anni 29, impiegato, di Salsomaggiore. Malattia del Reichmann (stadio avanzato). Gastroenterostomia alla Hacker. Guarigione.

I genitori sono viventi e sani. Di 8 fratelli 3 morirono in tenera età e gli altri son viventi e sani. Nulla si nota a carico dei collaterali. Il paziente non ebbe disturbi nella dentizione nè nella deambulazione. Non soffrì le malattie esantematiche proprie dell'infanzia. All'età di 21 anni ammalò per la prima volta. La malattia era caratterizzata da dolore intenso alla fossa iliaca destra, da febbre altissima preceduta da brivido, da cefalea forte e da delirio che durò per circa 20 giorni. L'alvo si mantenne ostinatamente stittico tantochè dovette ricorrere a clisteri per evacuare. Per questi fatti fu costretto al letto per circa 70 giorni e fu convalescente per circa un mese dopo di che si ristabilì completamente. La presente malattia data dal Novembre del decorso anno e si iniziò con bruciore forte di stomaco che si manifestava 2 o 3 ore dopo l'ingestione dei cibi, con eruttazioni acide e fetide; disturbi questi che erano tanto penosi da costringerlo a provocarsi il vomito volontariamente e che si accentuavano specialmente dopo l'introduzione di cibi solidi. Questi fenomeni diminuirono di intensità in seguito a cure opportune, per ricomparire assai più accentuati, sembra, a causa di disordini dietetici. Il vomito era sempre in quantità inferiore a quella delle sostanze ingerite, era liquido, di colore giallo-verdastro, filante e sempre compariva provocato dal paziente. Non ebbe mai febbre; non malattie veneree nè sifilitiche. Bevitore e mangiatore moderato. Non notò mai diminuzione d'appetito, ma bensì deterioramento progressivo dello stato generale di nutrizione. Queste erano le condizioni del paziente quando nel marzo scorso fu accolto nella clinica medica, ove si fermò per 60 giorni, sortendone molto migliorato. In allora l'esame chimico del contenuto gastrico mostrava forte acidità per HCl. Il miglioramento suddetto durò breve tempo ed essendosi sottoposto per un mese alla cura lattea, alla fine di quest'epoca si vide costretto di nuovo a ricorrere al vomito procurato per avere qualche sollievo. Aveva sempre eruttazioni acide e fetide, senso di pirosi che si estendeva lungo l'esofago, senso di gonfiore e di peso dopo l'introduzione dei cibi e di qualunque bevanda. Soffriva sempre di sete molestissima e secchezze alle fauci. L'alvo si mantenne stittico, le materie fecali non avevano mai un colorito nero intenso. Le urine piuttosto torbide. Non ebbe mai ematemesi. Peso del corpo Kg. 53.500. Stato generale di nutrizione alquanto deteriorato. Cellulare sottocutaneo scarso; masse muscolari denutrite; scheletro regolare.

Esame dell'addome. Ispezione: forma esagonale normale. Cicatrice ombellicale pianeggiante, circolo venoso sottocutaneo non appariscente. Niente alla palpazione. Percussione: suono timpanico addominale ovunque anche nei punti più declivi. L'area del ventricolo ottenuta senza previa dilatazione con cartine effervescenti arriva in alto lungo la emiclaveare al IV spazio. Il cul di sacco oltrepassa di poco l'ascellare mediana. La gran curva col suo massimo si trova cm. 3 sopra l'ombellico. Si spinge a destra cm. 6. Dilatando il ventricolo con cartine effervescenti si nota come esso si dilati maggiormente in corrispondenza della regione pilorica e della gran curva, meno nel resto. In alto tocca il capezzolo. Posteriormente invariato. La gran curva si trova 1 cm. sopra l'ombellicale, a destra si spinge cm. 6.

Esame del vomito: l'esame chimico dimostra presenza di acido lattico, assenza di HCl. Coll'esame microscopico si trovano numerosi microrganismi.

Fu operato il giorno 8 Dicembre 1898.

— Riveduto il 18 Aprile 1899. Dice che fu costretto perchè sentiva un po' di bruciore gastrico, a farsi nei primi giorni dopo l'uscita di clinica 5 o 6 lavande gastriche le quali mostravano che lo stomaco conteneva molta bile. Però dopo continuò sempre a migliorare tanto che ora si trova in buone condizioni. Afferma che la minestra gli porta un po' di pesantezza allo stomaco, ma che tutti gli altri cibi gli sono innocui. Appetito eccellente. Non accusa più senso di sete. Si sente flacco e debilitato, il lavoro lo stanca e si mostra di carattere pauroso: è un vero neurastenico. Da 40 giorni è soggetto a perdite involontarie, anche ripetute nel corso della notte. Pesa Kg. 58,400. La cute è di colorito roseo, il cellulare sottocutaneo è discreto. L'area gastrica colla gran curva arriva a 2 $^1/_2$ dita trasverse sopra l'ombilico, a destra si spinge per cm. 4 $^1/_2$; il gran cul di sacco a sinistra arriva alla linea ascellare anteriore ed in alto alla V costa. Colle cartine effervescenti lo stomaco si dilata e la gran curva giunge ad 1 cm. $^1/_2$ sopra l'ombellico. Dopo 4 ore del pasto di prova estrassi colla sonda cmc. 500 di liquido colorato in giallo verdastro, acido. Lasciato a sè si depositano al fondo del vaso dei residui alimentari finamente triturati. L'esame chimico svelò la presenza dell'HCl. L'esame microscopico mostra che i granuli d'amido sono senza strie concentriche; le fibre muscolari un po' scolorite ma con qualche stria trasversale. Qualche sarcina.

Osservazione. VIII. — Alfieri Donelli Maria, d'anni 60, di Casello di San Lazzaro. Epitelioma del piloro. Gastroenterostomia alla Doyen. Guarigione.

Entrò in clinica il 16 aprile 1895.

Nulla d'ereditario. Non fu mai ammalata. Nella sua giovinezza solo ebbe a dolersi di leggera pirosi, senso di peso all'epigastio, eruttazioni acide e di cattivo sapore che venivano a lunghi intervalli e in special modo però quando ingeriva sostanze di difficile digestione. Questi disturbi nel 1895 aumentarono di intensità e frequenza; si aggiunse forte anoressia e dolori penetranti alla regione epigastrica. Per avere un po' di tranquillità era costretta a procacciarsi il vomito. Il vomito non si presentò mai di color caffè, ma era composto di sostanze ingerite con muco e bile. Contemporaneamente alla frequenza del vomito, la paziente si accorse che nel quadrante superiore di destra, quasi in corrispondenza della linea mediana, vi era un corpo che gradatamente andava aumentando e che presenta ora la grossezza di un uovo di gallina. Lo stato di nutrizione della paziente è deficiente, colorito della pelle pallido; mucose sensibili pallide, sistema glandolare periferico sviluppato. Peso del corpo Kg. 42. L'addome è un po' tumido, v'è un leggero infossamento nella regione epigastrica. Praticando la palpazione sulla linea mediana si avverte una resistenza dovuta ad un corpo che occupa la regione epigastrica; questo corpo tende a portarsi in basso e verso l'arcata costale di sinistra ma i limiti non sono ben definiti, la superficie è bernoccoluta, discretamente dura, dolente alla palpazione. L'area del ventricolo, misurata colla percussione ascoltata, dà per risultato che la grande curva arriva fino a 2 cm. al di sotto della linea ombellicale e in alto alla 1.ª costa. Il corpo è poco mobile e segue gli atti respiratori e non è spostabile coi movimenti della paziente. Fu operata il 25-4-95. Dopo 20 giorni lascia la Clinica essendo in completo benessere.

— Son passati 4 anni dall'operazione, 13 aprile 1899. Si presenta con

aspetto di persona sana e che gode buona salute. Non lamentò mai nè nausea, nè vomito, nè dolori. Attende alle sue occupazioni come nel tempo antecedente, in cui le si iniziarono i disturbi che reclamarono l'intervento operativo. Mangia con appetito, solo se esagera un po' avverte senso di peso, ma assai leggero all'epigastrio. Peso del corpo Kg. 54 $^1/_2$ Stato di nutrizione buono. Pelle non secca, cellulare sottocutaneo piuttosto abbondante.

La grande curva dello stomaco si trova a 2 dita trasverse al disopra della cicatrice ombellicale. Sulla linea mediana alla palpazione profonda ed a metà quasi tra appendice xifoide e bellico si palpa un'intumescenza grossa come una noce, alquanto dura e rotondeggiante. Questo corpo meglio si palesa collo stomaco dilatato artificialmente. Colla miscela Frerichs Ziemssen lo stomaco si dilata e la paziente emette rutti, fatto che dimostra la pressione gazosa vincere il cardias, non il nuovo piloro. Si sente non tanto manifestamente il rumore di guazzamento. Amministrando il pasto di prova devo far vomitare la paziente, dopo 4 ore e $^1/_2$, perchè non ne vuol sapere del sondaggio. Per quanto si sforzi e si titilli l'ugola non fuoriesce la minima quantità di contenuto gastrico. Non si avverte più il rumore di guazzamento per quanto abbia insistito: fatto che dimostra lo stomaco vuoto.

Osservazione IX. — Parri Irma, di anni 28, massaia, di Casalmaggiore. Stenosi pilorica da neoplasma. Gastroenterostomia alla Hacker. Guarigione. Il padre morì all'età di 52 anni per polmonite, la madre è vivente e sana. Un zio ed un fratello della paziente morirono per tubercolosi polmonare. L'inferma giunse fino a 17 anni senza essere colpita da malattie degna di menzione. Fu mestruata a 12 anni, ma regolarmente non si succedettero che dopo i 14 anni. Si maritò a 23 anni ed ebbe solo un aborto al 3.° mese dal concepimento. Le seguì un'endometrite per cui fu sottoposta ad un raschiamento dell'utero. Non ebbe mai malattie veneree nè sifilitiche. Non è dedita al vino. La malattia attuale data da 4 anni circa e si iniziò con disturbi gastrici caratterizzati da nausea, inappetenza, eruttazioni fortemente acide, pirosi.

A tali fenomeni si associava un senso di peso all'epigastrio. Più tardi alla sensazione di peso si sostituirono dolori localizzati nella stessa sede, dolori a carattere lanciuante, parossistico, delle vere crisi dolorose. Tali dolori della regione epigastrica, che è la sede d'insorgenza, si irradiano spesso verso la spalla sinistra ed alla colonna vertebrale. Ai disturbi sopraindicati si aggiungeva spesso vomito, che succedevasi ad intervalli abbastanza lunghi, di 15-20 giorni circa, per prolungarsi, nel periodo in cui esso si verificava, per 15-20 giorni. È notevole come i dolori sopraindicati si esagerassero dopo il pasto. Il vomito era costituito essenzialmente da materie alimentari commiste a muco e si verificava senza alcuna regola ora prima, ora dopo il pasto.

Mai ematemesi. Alvo sempre fortemente stittico e le materie fecali non presentarono mai colorito nero intenso. Urine normali. Ora continuano i disturbi suaccennati. Peso del corpo Kg. 36, stato generale di nutrizione leggermente deteriorato, tessuto cellulare sottocutaneo bene sviluppato, masse muscolari un po' denutrite. La cute presenta un colorito normale e così pure le mucose visibili. Sistema glandolare normale.

Esame dell' addome. Ispezione: forma normale, cicatrice ombellicale

normale, non si nota alcuna pulsazione abnorme al disotto delle pareti addominali. Palpazione negativa nei 2 quadranti inferiori; nei 2 superiori richiama esattamente l'attenzione sulla regione epigastrica, ove la palpazione profonda provoca un notevole grado di dolorabilità. La palpazione ancora sulla stessa sede rileva la presenza di un corpo di forma allungata, del volume di una noce circa, resistente, duro, dolente alla pressione. Questo corpo presenta un margine che discende manifestamente nell' inspirazione. L'area del ventricolo risulta notevolmente ingrandita. Il limite inferiore dell'area gastrica tocca quasi l'ombellico. L'ascoltazione sul detto corpo è negativa.

Esame del vomito. L' esame chimico diretto alla ricerca dell' HCl ha dimostrato la mancanza di questo e la presenza invece di acido lattico. L'esame microscopico rileva la presenza di gocciole adipose, di corpuscoli di amido, di fibre muscolari striate: non globuli bianchi, non emazie, non cellule epiteliali, non sarcine, nè forule. Fu operata il 22 novembre 1898.

— Si presenta il 9 maggio 1899. È in buonissime condizioni, è ingrassata, dice di non aver più sofferto niente e di sentirsi come nel tempo in cui era perfettamente sana. Peso del corpo Kg. 46. La gran curva dello stomaco arriva ad 1 dito trasverso sopra l'ombellico e si spinge a destra per cm. 3. Colle cartine di Frerisch e Ziemssenn lo stomaco arriva all' ombellico e dà alla percussione un suono molto basso. Ascoltando in corrispondenza del piloro ancora si sentono ad intervalli dei soffi, come di gaz che attraversa un orifizio che subito però si chiude.

OSSERVAZIONE X. — Testi Ermelinda, di anni 39, di Noceto. Ulcera gastrica cicatrizzata in vicinanza del piloro con probabile inizio di infiltrazione cancerosa. Gastroenterostomia alla Doyen. Guarigione.

Il padre morì di affezione cardiaca e la madre di affezione acuta polmonare. Degli 11 fratelli, 8 morirono in tenera età di malattia imprecisabile. Fu mestruata a 17 anni, ma scarsamente.

I primi sintomi della malattia attuale si iniziarono 14 mesi or sono con inappetenza, senso di peso e di gonfiezza allo stomaco dopo mangiato. Questi sintomi andarono sempre più aggravandosi e ad essi si aggiunse poi nausea, eruttazioni acide, di odore e sapore disgustoso e vomito. Il vomito avveniva 2 o 3 ore dopo il pasto, di colore spesso rossiccio, talora di fondi di caffè ed in quantità generalmente maggiore del cibo ingerito, in esso si trovava della sostanza acquosa filante, degli alimenti del giorno prima. Accusa dolori alla regione epigastrica, accentuatissimi dopo il pasto e nel decubito laterale destro e nel dorsale. Non ebbe mai tosse. Cute pallida. Agli inguini si riscontrano numerosi gangli della grossezza di un fagiuolo, indolenti, duri. Pannicolo adiposo deficiente, nutrizione scaduta, muscolatura ridotta, scheletro regolare. Peso del corpo Kg. 39.

Esame dell'addome. Ispezione: non ha la sua forma esagonale, perchè il lato superiore sinistro protunde alquanto. Nella regione periombellicale si nota una bozza di discreto volume, la quale solleva detta regione, mentre il resto dell' addome è depresso. Questa bozza cambia posizione e si vede alle volte sollevarsi al disotto dell'arcata costale di destra formarsi in corrispondenza della parasternale, quasi incontrasse quivi un ostacolo, poi rifare il tragitto in senso inverso. Man mano che la bozza si avanza lascia dietro di sè una depressione, che viene occupata da un'altra bozza che tien dietro alla prima. L'epigastrio è avvallato.

Palpazione: Pareti sottili specie sulla linea mediana.

Palpando l'intumescenza si rileva che essa ha consistenza elastica come di vescica modicamente distesa.

Tale modificazione si ha pressochè ovunque, ma però in corrispondenza dell'estremo destro e verso la parte superiore notasi un corpo grosso come un uovo di gallina, a forma e superficie irregolare, duro, quasi fibroso, modicamente dolente, mobile pochissimo passivamente: scende durante i moti inspiratori. Sotto l'arcata costale non si palpa nè fegato nè milza. Percussione: suono timpanico addominale ovunque; solo sulla bozza la sonorità è un po' più bassa.

Esame del vomito e del contenuto cardiaco: Presenza di HCl. Viene operata il 20 dicembre 1897.

— La rivedo il 22 maggio 1899. L'operata afferma di star bene, di lavorare e di mangiare qualunque cosa senza sentire alcun inconveniente. Peso del corpo Kg. 71.

Da 4 mesi dice che è diminuita di 4 Kg. senza conoscerne la ragione. È aumentata quindi quasi quanto il peso del suo corpo all'epoca dell'operazione.

All'esame obiettivo si rileva che la gran curva arriva a 2 dita e 1/2 trasverse sopra l'ombellico; si spinge a destra per cm. 2; la gran curva arriva a sinistra in vicinanza della linea ascellare anteriore. Colle cartine effervescenti lo stomaco si dilata fino ad arrivare ad 1 dito trasverso al disopra dell'ombelico. L'ispezione non rileva alcuna bozza, solo, alla palpazione profonda, si palpa un leggero indurimento non tanto esteso subito a destra della linea mediana. La vista della sonda le produce senso di nausea.

Osservazione XI. — Bottini Giovanni, d'anni 26, celibe, contadino di Rivarolo Fuori. Stenosi pilorica da pregressa ulcera. Gastroenterostomia alla Hacker. Guarigione.

Il padre dell'infermo morì all'età di 66 anni per carcinoma gastrico. La madre è vivente e sana. Uno zio del paziente morì pure per un'affezione cancerosa del ventricolo. L'ereditarietà è negativa perciò che riguarda la tubercolosi. Ha 4 fratelli ed una sorella che sono viventi e sani. Non fu mai ammalato; se si eccettui un leggero eczema del cuojo capelluto. La malattia attuale data da 2 anni e qualche mese e si iniziò con disturbi gastrici e cioè senso di peso all'epigastrio e vomito. Questo succedeva dopo i pasti, talora 3-4 ore dopo, tal'altra anche 24 ore e più; esso era costituito essenzialmente da materie alimentari commiste a muco. Mai ematemesi. Al vomito si aggiunse più tardi un dolore costantemente localizzato alla regione epigastrica, dolore che mentre si manteneva continuo a un grado di leggera intensità dava luogo spesso, dopo l'introduzione dei cibi, a degli accessi dolorosi, vere gastralgie che perduravano per 3 o 4 ore.

Al dolore ed al vomito andavano per lo più accompagnati una serie di altri disturbi caratterizzati da anoressia, senso di peso all'epigastrio, borborigmi, eruttazioni fortemente acide, pirosi. L'alvo si mantenne sempre alquanto stittico, e le materie fecali non presentarono mai colorito nerastro. Peso del corpo Kg. 42.400.

Stato generale di nutrizione deperito, sistema scheletrico normale. Tessuto cellulare sottocutaneo scarso. Masse muscolari denutrite. Colorito della cute normale. Esame dell'addome. Ispezione: regione epigastrica tumefatta

e la tumefazione da questo punto si estende invadendo per un buon tratto in tutti i sensi le regioni circonvicine.

Facendo fare al paziente delle profonde inspirazioni notasi come la tumefazione sopra ricordata, il cui limite inferiore oltrepassa di un dito trasverso circa la linea ombelicale trasversa, discende manifestamente per salire nella espirazione; presenta adunque il carattere dei corpi endoperitoneali. L'ispezione nella sede della tumefazione ricordata permette di rilevare ancora dei cambiamenti di forma e di volume dovuti a movimenti che si disegnano nettamente al disotto delle pareti addominali. Non rilevasi la presenza di alcuna abnorme pulsazione. La palpazione è dolorosa all'epigastrio. L'area gastrica è ingrandita e scende più di un dito trasverso sotto l'ombellico. Manifesto è lo sciabattamento.

Ascoltazione negativa.

L'esame del vomito non presenta nulla di speciale all'infuori della ipercloridria. Fu operato il 22 novembre 1898.

— Si presenta dopo 4 mesi e 1/2 dall'operazione, cioè il 7 aprile 1899. Ha l'aspetto di persona in completo stato di benessere. Pelle colorita e fresca. Stato di nutrizione eccellente. Non ebbe più a dolersi del minimo disturbo dopo l'operazione. Mangia qualunque cibo senza che questo gli porti molestia alcuna e dice di aver tanto appetito « che mangierebbe continuamente, non è mai sazio ». Lavora molto e non risente stanchezza. È felicissimo ed afferma di esser nato una seconda volta.

Peso del corpo Kg. 56 1/2. La gran curva colla percussione arriva a 2 1/2 dita trasverse sulla ombelicale trasversa. Il gran cul di sacco appare un po' dilatato. Colle cartine effervescenti non si riesce a dilatare lo stomaco, ed ascoltando nella regione della nuova bocca si sentono come dei soffi profondi 5 ore dopo il pasto di prova non riesco ad estrarre colla sonda la minima quantità di cibo ingerito. Solo facendo una lavatura il liquido fuoriesce colorito in giallo-verdastro.

Osservazione XII. — Lombardi Maria, di anni 17, di Parma. Stenosi pilorica da pilorite e peripilorite. Gastroenterostomia alla Hacker. Guarigione.

Nulla nel gentilizio. Se si eccettua una angina tonsillare, la nostra paziente non fu mai ammalata. Fu mestruata a 14 anni e le mestruazioni si continuarono regolarmente per due anni e 1/2 circa. Da 6 mesi esse mancarono completamente. La malattia attuale data da 1 anno e 1/2 circa e cominciò con nausea, anoressia, senso di peso all'epigastrio, pirosi, eruttazioni acide. Tali fenomeni continuarono per sei mesi circa, dopo la quale epoca ad essi si aggiunse il vomito e dolori violenti all'epigastrio. Il vomito era composto delle materie alimentari incompletamente digerite, commiste a muco e spesso a sangue; esso avveniva per lo più dopo il pasto. I dolori sorgevano quasi sempre dopo l'introduzione dei cibi, assumendo un carattere violento, lancinante, vere gastralgie. L'alvo da due mesi si mantiene stittico.

Peso del corpo Kg. 57,300. Stato generale di nutrizione buono, tessuto cellulare abbondante, masse muscolari bene sviluppate. Cute di colorito normale. Mucose visibili leggermente anemiche. Sistema glandolare periferico normale.

Esame dell'addome: Forma esagonale normale. Normale la cicatrice

ombellicale. Palpazione, è negativa nei 2 quadranti inferiori; provoca invece una leggera dolorabilità in corrispondenza della regione epigastrica, ove ad ogni modo spingendo anche profondamente la punta delle dita, non si riesce a rilevare la presenza di nessun corpo nè di speciali resistenze. Rilevasi manifesto il rumore di sciabattamento. L'area gastrica è notevolmente ingrandita ed il suo limite inferiore oltrepassa di un dito trasverso circa l'ombellico. L'ascoltazione dell'addome dà un reperto negativo. L'esame del vomito trova manifesta la reazione dell'HCl, il quale vi si trova in forti proporzioni; non acido lattico.

Fu operata il 22 novembre 1898. Si trova un indurimento attorno al piloro con varie briglie che lo fissano attorno. Esce il 10 dicembre in buone condizioni. Tutti i sintomi che prima l'affliggevano erano scomparsi, eccetto qualche lieve dolore in corrispondenza degli ipocondri. Questi andarono man mano aumentando fino ad assumere vero carattere nevralgico intenso verso la fine del dicembre stesso. Al 1.° gennaio ricomparve il vomito in poca quantità e solo dopo il pasto, vomito che si aggravò tanto da emettere tutti i cibi introdotti $^1/_2$ ora $^3/_4$ d'ora prima. Il dolore cessa col vomito che non fu mai sanguigno. Rientra in clinica per essere rioperata.

2.ª Laparotomia. 13 marzo 1899. Stirati fuori i visceri si trova che l'ansa efferente formava come un gomito in vicinanza della nuova bocca gastrica e questa posizione viziosa era mantenuta da numerose briglie. Queste vengono distaccate e si ripongono i visceri nell'addome. Una settimana dopo, essendo l'alimentazione ordinaria, si ripresenta il vomito coi caratteri di prima.

3.ª Laparotomia. 27 marzo 1899. Anche qui si trovano briglie, ma nell'ansa efferente a poca distanza dal punto dell'anastomosi si trova un vero restringimento del lume intestinale. Coll'invaginazione non passa il dito mignolo. Tolte le briglie vien praticata un'enteroplastica. Sta bene qualche giorno e poi di nuovo ritornano i fenomeni ma non coll'intensità di prima.

4.ª Laparotomia. 17 aprile 1899. Il processo reattivo aveva ancora esplicato il suo maleficio. Una forte e tenace briglia viene a comprimere l'ansa efferente. L'intestino al di sopra del punto stenosato si presentava leggermente dilatato. Tolta la briglia ed esaminato che niente altro esiste e che ancora la nuova bocca gastrica è permeabile al dito pollice, si chiude l'addome. Per combattere la reazione vien applicato sulla regione epigastrica l'apparecchio del Leiter che ivi si lascia per una 15.ª di giorni. In questo tempo l'alimentazione è esclusivamente rettale, se si eccettua qualche sorso di vino bianco. Così lo stomaco per 20 giorni è lasciato in riposo. Poscia si ritorna all'alimentazione ordinaria cominciando prima con un poco di latte e di brodo. Ritorna il senso di nausea. I pasti le vengono amministrati come a persona sana ed il 10 giugno esce dalla clinica perfettamente ristabilita. Pesa Kg. 56 $^1/_2$ (1).

OSSERVAZIONE XIII. — Riboli Valentino, di anni 52, di Parma, stenosi pilorica da pilorite con gastrectasia. Gastro-enterostomia alla Hacker. Guarigione.

La madre morì per apoplessia cerebrale, il padre per malattia lenta. Ereditarietà collaterale negativa per ciò che riguarda la tubercolosi ed i tumori maligni. I fratelli morirono per tubercolosi polmonare, uno di epilessia. Non fu mai ammalato e la presente affezione data da due mesi e cominciò

(1) Questa degenza fu dovuta operare una quinta volta il 25 Gen. 1900. e trovai una gomitatura nell'ansa efferente a causa di briglie — Cercando di distaccarle si lacerava la sierosa intestinale perciò convenne fare una entero-enterostomia. — Il due Marzo era aumentata di 5 Chili e mezzo nel peso, ed oggi che rivedo le bozze (fine di novembre 1900) è sempre in ottime condizioni.

con senso di peso all'epigastrio, gonfiore, anoressia, pirosi, eruttazioni acide. Dopo un mese circa dal principio della malattia si aggiunge il vomito il quale si verificava costantemente dopo i pasti, 4 o 5 ore circa dopo l'introduzione dei cibi. Le sostanze emesse col vomito erano essenzialmente costituite da muco, saliva ed in piccola parte dagli alimenti. Non ebbe mai ematemesi, nè dolori intensi all'epigastrio. Invece dice che il vomito era preceduto da dolori vivi in corrispondenza dei 2 quadranti inferiori dell'addome, e che si irradiavano spesso alla colonna lombare. L'alvo fu sempre piuttosto stittico. Peso del corpo Kg. 43.700. L'ispezione dell'addome è negativa, così la palpazione. La percussione mostra l'area gastrica notevolmente ingrandita; il limite inferiore di essa corrisponde alla gran curva del ventricolo, dista 2 dita trasverse dalla sinfisi del pube. Havvi manifesto rumore di guazzamento. Fu operato il 27 aprile 99.

— Esame del vomito. Presenza dell'HCl. Fibre carnee molto intaccate, numerosi granuli d'amido. Riveduto il 21-5 99 cioè 27 giorni dopo l'operazione dice che i fenomeni soggettivi sono completamente scomparsi dal momento dell'operazione; non più dolori, mai vomito. Ha un appetito indiavolato. Peso del corpo Kg. 56. Come si vede la gastro-enterostomia sullo stato generale ha già dimostrata la sua benefica influenza. Il limite inferiore dello stomaco non si trova molto ridotto ai limiti normali, vi è però un accenno di retrazione perchè la gran curva si trova ancora sotto il bellico ma più distante dal pube. Colle cartine effervescenti lo stomaco non si dilata ma all'ascoltazione nella regione della nuova bocca si sentono dei soffi dovuti certamente al passaggio del gaz nell'intestino.

Osservazione XIV. — Pedrazzini Benvenuto, di 24 anni, di Casalmaggiore. Gastrectasia con gastroptosi; dispepsia nervosa; anacloridria. Gastroenterostomia alla Hacker. Migliorato.

Nulla nel gentilizio. Il paziente a 20 anni fu colpito da reumatismo poli-articolare acuto, dal quale guarì perfettamente in capo ad un mese circa. Non fu mai affetto da malattie veneree ne sifilitiche, non bevitore, nè fumatore. È stato forte mangiatore. La malattia attuale data da 2 anni e $^1/_2$ circa e s'iniziò con disturbi gastrici caratterizzati da senso di peso e pirosi e più tardi si aggiunse senso di gonfiore e di ripienezza che nella stazione eretta convertivasi in una sensazione estremamente viva di trazione all'addome, un senso vero di gastroptosi. A questi si unì l'anoressia completa. Non accusò mai nausea, non borborigmi, non vomito, nè gastralgie. L'alvo fu sempre stittico e le materie fecali non si presentarono mai di colorito nero intenso. Urine normali. Le condizioni generali sono notevolmente deteriorate. Tutte le cure mediche ed anche la gastrolusi sperimentate a lungo non hanno apportato al paziente il minimo miglioramento. Ed i disturbi sopradetti si son fatti più intensi, di modo che non può più attendere minimamente alle proprie occupazioni colla facile tendenza all'ipocondria. Per di più si presenta molto noioso e preoccupato del suo male. Peso del corpo Kg. 53.300. Tessuto cellulare scarso, masse muscolari denutrite. Addome leggermente tumido; la palpazione è leggermente dolorosa all'epigastrio. Non si palpa alcun corpo. L'area gastrica appare molto ingrandita, la gran curva è a metà tra pube ed ombellico. Esame del contenuto gastrico; assenza di HCl. Manifesta la presenza dell'acido lattico. Fu operato il 6 dicembre 98 e dopo 15 giorni esce dalla clinica in buone condizioni. Sta bene

per un certo periodo di tempo, ma poi tornando i disturbi suddescritti si decide di rientrare in clinica. Il 27 aprile è laparotomizzato per la 2.ª volta. Numerose briglie tengono lo stomaco aderente alle pareti addominali ed all'intestino. Si distaccano le briglie e si chiude il ventre. Appena incominciata la alimentazione ordinaria il paziente torna a lamentarsi di senso di peso e gonfiore all'epigastrio, dice che lo stomaco gli arriva al pube ed è costretto a tenerlo sollevato colle mani. È malinconico e pensieroso per cui gli si riapre il ventre per la 3.ª volta il 20 maggio. Lo stomaco si mostra ancora molto ingrandito per cui si pratica la gastroplicatio alla Braun. Esce dalla clinica il 12 giugno '99 un po' migliorato (1).

OSSERVAZIONE XV. — Incerti Maria, di anni 49, merciaia, di Campiglia Marittima. Ulcera gastrica con stenosi pilorica. Gastro-enterostomia alla Hacker. Guarigione. È figlia di ignoti. A 10 anni soffrì di rosolia, a 17 anni fu mestruata e le mestruazioni furono sempre regolari per qualità, quantità e periodo di ritorno. A 30 anni sofferse di vaiolo, a 35 di congiuntivite. A 39 andò a marito. Dopo due anni cominciò ad avvertire un dolore vivo all'epigastrio, lancinante che si ripeteva ad accessi così da dar luogo a vere crisi gastriche dolorose: dal punto di insorgenza esso si irradiava alla colonna vertebrale e insorgeva per lo più dopo l'ingestione dei cibi. Ad esso si univa senso di peso e gonfiore nella regione epigastrica, eruttazioni acide, senso di pirosi. A questi sintomi si aggiunse poi il vomito o prima o dopo i pasti ed alle volte sanguigno. L'alvo fu sempre stitico e le feci spesso tinte da sangue. Conservava nullameno l'appetito quantunque accusasse debolezza generale. Era inoltre molto dimagrita e diminuiva continuamente. Le mestruazioni cessarono a 42 anni. Questo stato di cose andò relativamente alternandosi con epoche di relativo benessere fino ai primi di marzo di quest'anno, cioè per la durata di 8 anni circa. Da 2 mesi e 1/2 i disturbi suaccennati si accentuarono notevolmente. Il dolore epigastrico si fece più intenso, ebbe frequenti vomiti, senso di peso e di gonfiore dopo i pasti, pirosi ostinata specie durante gli accessi dolorosi. La paziente in questo tempo veniva presa da sensazione forte di freddo, da sete viva, intensa, pare però non avesse febbre. Alla metà del marzo u. s. venne accolta in questo ospedale, dove lo stato della paziente si mantenne stazionario per un mese circa, dopo il quale ebbe vomito copiosissimo e nero; le feci nello stesso tempo presentarono un colorito nero molto intenso. Impallidì fortemente; la paziente accusò spesso senso di vertigine, le si indebolì alquanto la memoria, comparvero edemi generalizzati non assai manifesti. Da 20 giorni accusò notevole disturbo visivo con diminuita potenza visiva all'occhio destro, a cui successe cecità completa. Non ebbe mai malattie veneree nè sifilitiche. È dedita all'alcoolismo. Abusò di sostanze e cibi aromatici. Peso del corpo Kg. 35. Tessuto cellulare assai scarso, masse muscolari denutrite, cute giallo-paglierino spiccato, mucose visibili fortemente anemiche. Edemi agli arti inferiori. Ispezione dell'addome. Conserva la sua forma esagonale. Lieve pulsazione all'epigastrio, ove la palpazione riesce dolorosissima. Manifesto è il rumore di guazzamento. Area gastrica; in alto arriva lungo la emiclaveare al margine superiore della 6.ª costa, il fondo cieco si spinge fino all'ascellare posteriore, la grande curva col suo massimo arriva fino a 2 cm. sotto l'ombellicale trasversa e si spinge a destra per 6 cm. Esame del contenuto gastrico: HCl libero, reazione manifesta. Acido lattico presente. Qualche globulo d'amido, gocciole di grasso in discreta copia, molte torule.

(1) So che quest'individuo dopo qualche mese si suicidò in un accesso di ipocondria.

Fu operato il 15 maggio di gastro enterostomia posteriore. L'operazione praticata colle suture durò solo 40 minuti. Si svegliò dalla narcosi cloroformica, non tanto profonda, dopo poco tempo. Le furono prima, durante e dopo l'operazione, iniettati vari litri di cloruro di sodio (0.75 %) per ipodermoclisi. La temperatura, abbassatasi fino al 34°, lentamente raggiunse il grado normale. Vien nutrita successivamente con clisteri, per incontinenza di questi, e per lo stato di estrema denutrizione, le è permesse al contrario degli altri operati di stomaco, l'introduzione dalla bocca di qualche sostanza nutriente liquida. Dopo 4 giorni si aumenta la razione giornaliera (III). All'8° giorno si dà la V. Non ha disturbi, il sonno non è interrotto. Si mostra alquanto sollevata. La coorte dei sintomi acuti e dei dolori lancinanti che non le lasciavano tregua sono completamente scomparsi, solo il vomito si mantenne per 2 giorni formato di liquido verde-scuro. Pesata era diminuita di Kg. 1 1/2. Un mese dopo l'operazione: ha appetito eccellente, si lamenta solo che l'alimentazione è scarsa. Si alzò per la prima volta 20 giorni dopo l'intervento. Il colorito della cute e delle mucose acquista notevolmente. Solo invariabile è l'area gastrica. Colle cartine lo stomaco non si dilata. Peso del corpo Kg. 41. Come si vede l'aumento è già notevole.

Così sintetizzo i risultati delle mie osservazioni:

1.° I risultati son tanto migliori e sicuri quanto è precoce l'intervento.

2.° Lo stato generale migliora moltissimo, ma in modo più sicuro ed accentuato nella gastro-enterostomia. I sintomi soggettivi del tutto scompajono nella gastro-enterostomia non completamente però nella piloroplastica.

3.° Lo stomaco ritorna nelle sue dimensioni normali dopo la gastro-enterostomia, non così bene dopo la piloroplastica.

4.° La motilità migliora molto e torna normale nella gastroenterostomia, non sempre nella piloroplastica.

5.° Il vuotamento dello stomaco è accelerato nei primi tempi dopo l'operazione, ma ritorna a poco a poco nelle sue condizioni normali.

5.° La secrezione cloridrica ritorna pressochè normale.

6.° Il nuovo piloro è continente.

7.° Nella gastro-enterostomia osservasi riflusso di bile, mai nella piloroplastica.

8.° La gastro-enterostomia è l'operazione di elezione per la stenosi benigne perchè la piloroplastica può dar recidive.

Studio sperimentale.

Le conclusioni a cui l'osservazione clinica mi ha fatto pervenire rispetto al beneficio dell'intervento cruento nelle stenosi benigne del piloro, vengono appoggiate in buonissima parte anche dagli esperimenti che, contemporaneamente allo studio degli ammalati, io eseguivo sui cani. Ed in questi animali, per poter meglio confrontarli, all'uomo, cercavo di mettermi, il più possibile, nelle condizioni che

sempre avevo trovato nell' uomo stesso. Perciò studiai i mezzi che potevano indurre stenosi artificiali piloriche per vederne le alterazioni gastriche consecutive; così la gastro-enterostomia che poscia praticavo mi mostrava la sua influenza sulle medesime.

Certo non ci doveva esser bisogno di assodare esperimentalmente dei fatti che, come abbiamo visto nella seconda parte di questo lavoro, erano già stati proclamati vantaggiosissimi dall' osservazione clinica. Ma siccome alcuni punti restano ancora molto vaghi come la possibilità della produzione della dilatazione gastrica sperimentale e se realmente attorno al nuovo piloro si forma uno sfintere perfetto e ben funzionante, io ho cercato di chiarire questi fatti.

Nel raccogliere il materiale per la compilazione del presente lavoro ho spesso trovato studì sperimentali, che parlano di stenosi piloriche artificiali con sempre dilatazione gastrica consecutiva.

Così il Caselli studiando la gastroplicatio nei cani e nei gatti, portava un caustico in corrispondenza del piloro, con una prima laparotomia; la reazione inflammatoria ed il tessuto di cicatrice che poi si formava produceva stenosi, la quale impedendo lo svuotamento dello stomaco induceva sempre la dilatazione gastrica. Per lo stesso scopo l'Oliva si serviva di un filo di ferro che metteva a cavalcioni del piloro. Il Veiutrand volendo studiare i fenomeni d' autointossicazione sperimentalmente favoriva il ristagno colla applicazione di un filo elastico. Costoro e molti altri ancora servendosi o di un mezzo, o di un altro ottenevano sempre *gastrectasia*. Io, nei miei esperimenti, ho prodotte due specie di stenosi: stenosi complete ed incomplete. Per questo mi son servito di varì mezzi come di fili di seta inestensibili, di piccoli tubi di gomma, di striscie di fettuccia, di introflessione delle pareti e del taglio di Heineke-Mikulicz che praticavo in senso inverso cioè tagliavo verticalmente e suturavo longitudinalmente. Ebbene con tutto ciò io non sono riuscito che ad ottenere raramente un legger grado di dilatazione della porzione prepilorica. Non mai mi fu dato di trovare lo stomaco dilatato talmente da persuadermi della necessità di un esame microscopico. Ed a questo risultato io giungevo sia che la stenosi praticata fosse tale da occludere tutto il piloro, in altre parole fosse completa, sia che il mezzo ostruente si limitasse a diminuire il calibro dell' orificio di comunicazione tra stomaco ed intestino. Ma, oltre che ai fatti anatomici, potei tener conto dei disturbi funzionali che avvengono secondariamente alla stenosi pilorica e così confrontarli con quelli che si osservano in clinica nelle stenosi patologiche. Ed infatti posso avvertire che tutti i sintomi riscontrati negli animali con piloro stenosato corrispondono a quelli dell' uomo posto nelle stesse condizioni.

Il dott. B. Pernice pubblicò un lavoro sugli « effetti delle stenosi sperimentali del piloro » e per questo applicava un laccio in detta regione stringendo più o meno fortemente. Appare chiaramente però

che le sue stenosi erano complete, vere occlusioni piloriche. Nelle sue esperienze egli teneva conto di tutti i sintomi che si manifestavano ed all' autopsia delle alterazioni macro e microscopiche del ventricolo e degli altri organi. In questo studio accuratissimo è detto che oltre ad ottenere la conferma dei fatti osservati e assodati nell' uomo, ne furono rilevati altri degni di speciale considerazione per la loro importanza anatomica e patogenetica. Alla autopsia dei cadaveri degli animali trovò infatti notevole dimagrimento e prosciugamento dei tessuti, iperemia da stasi, specie nel tubo gastro-intestinale, stomaco ed intestini per lo più vuoti e contratti, enterroragie per diapedesi, enterite micotica, ulcera gastrica la cui patogenesi faceva risiedere nei disturbi della circolazione venosa con infiltrazione emorragica ed azione del succo gastrico e, forse in un caso, in ischemia circoscritta per strozzamento di un arteriola gastrica dal laccio della legatura del piloro, ed infine gastromalacia avvenuta durante la vita, probabilmente negli ultimi momenti di essa. Importantissimo mi pare il penultimo fatto riscontrato, perchè così si verrebbe a dar ragione a Rokitanski ed a Rindfleisch circa la patogenesi dell' ulcera gastrica. Nei miei tre operati di stenosi completa non ebbi però mai a riscontrare queste ulcerazioni.

Il Pernice trovò che clinicamente si aveva debolezza e frequenza del polso che notava fin nelle prime 24 ore dalla legatura, dalla normale fino a 35°, dimagrimento forte e rapido tanto che al 5° giorno (il massimo della vita nei suoi operati) aveva una diminuzione in peso di 35, 60 $^0/_0$, diminuzione notevole della quantità di urina, talvolta anuria completa, costipazione, enterorragie talvolta abbondanti: la morte avvenne una volta nel coma, in un altro caso con contrazioni muscolari. E questi fatti non son forse quelli identici che si verificano nelle stenosi patologiche in clinica? Già abbiam visto lo stato a cui si riducono gli infelici, l' aspetto cachettico, la denutrizione marcatissima, la temperatura inferiore alla norma, il polso debole, la costipazione, la anuria e la scarsezza delle urine, ecc., sono sintomi che si trovano in tutti gli ammalati di stenosi pilorica e che in qualunque testo di patologia speciale medica ci dipingono il quadro fenomenologico di questo stato morboso. In tutti i miei esperimenti, sia nelle stenosi complete che incomplete, potei notare l'abbattimento, il cattivo umore in cui cadono più o meno presto gli animali, i quali perdono la loro vivacità naturale, diventano mesti, restano accovacciati ove si mettono e non si muovono, non cambiano posizione che mediante mezzi coercitivi. Questo stato del resto variava a seconda della forza ostruente del laccio e del punto ove cadeva la legatura.

Infatti il quadro sopradescritto era meno intenso nelle stenosi incomplete e non appariva affatto se il mezzo stenosante cadeva un po' al di là del piloro od anche nella regione prepilorica. Il malessere

del resto si spiega pensando allo stimolo che il laccio porta in quella regione così squisitamente innervata e ce lo spiega la clinica che in molte gasrtopatie parla di disturbi nervosi, vertigini, allucinazioni, deliri e come l'influenza della dispepsia abbia spesso azione sulle facoltà intellettuali e morali e porti alla tristezza ed alla ipocondria (Strümpel, Ferrarini, Jacon, Leube, ecc.

L'appetito viene subito a mancare negli animali con stenosi completa, rifiutano qualunque cibo anche il più squisito, guardano gli alimenti con indifferenza, si avvicinano ad es. al latte ne lambiscono un po' e poscia lasciano cadere la testa; pare che in essi più non esista il senso della fame. In quelli con stenosi incompleta l'appetito diminuisce, pur tuttavia mangiano ma dopo una, $^1/_2$ ora, $^3/_4$ d'ora lo rigettano. Sono molestati, sempre berrebbero e, quasi sempre, appena introdotto il liquido lo restituiscono. Preferiscono introdurre sostanze liquide ed infatti si avvicinano di più al latte che a pezzi di carne od a minestra.

Questi fatti quindi vengono a spiegare l'anuria e la scarsezza delle urine, la costipazione ed il prosciugamento dei tessuti osservati dal Pernice nei suoi esperimenti; e dimostrano come anche nell'uomo questi disturbi e queste alterazioni non possono ad altro essere attribuiti che a queste condizioni volute dalle stenosi.

Per quello che riguarda le alterazioni gastriche consecutive alla stenosi ripeto che io non ho mai trovate ulcerazioni come descrisse il Pernice nè dilatazioni gastriche vere e proprie come dicono di aver riscontrato i già detti sperimentatori. Due volte mi è parso di trovare negli operati di stenosi incompleta un legger grado di ectasia della regione prepilorica, ma non lo posso dare come fatto sicuro e nel dubbio mi sono limitato ad osservarlo solo macroscopicamente. Del resto, questo fatto di non aver ottenuta dilatazione gastrica in seguito a stenosi, non più mi impressiona perchè leggo nel *Bulletin médical* come esperti sperimentatori quali Tuffier e Bonamy sian giunti allo stesso risultato. È dal loro lavoro « studio sperimentale sulla chirurgia dello stomaco », che essi gentilmente inviarono al Professore Ceccherelli per essteso prima che vedesse la luce, che io riporto in poche linee il reperto dei loro esperimenti.

« La dilatazione di stomaco è difficile ad ottenersi con restringimento d'un piloro sano. Questo molto contrattile si lascia dilatare molto facilmente nella sua parte sana.

Le cauterizzazioni all'acido cloridrico o col termocauterio ci han dati risultati negativi. Le punte di fuoco fatte nel piloro sono egualmente rimaste senza successo dal punto di vista della stenosi e della dilatazione consecutiva dello stomaco.

Il modo che consisteva nel resecare una striscia longitudinale del piloro e suturare i margini della perdita di sostanza per stringere il calibro del canale, ci han data una stenosi che lascia passare appena

il volume di un portapenna o di una sonda. Ma 5 settimane più tardi si è fatta una permeabilità normale e veramente curiosa: la parte del canale suturata presentava un indurimento ligneo inestensibile ma la parete inferiore sana si era dilatata. Essa s'era lasciata forzare, distendere dalle materie solide espulse dallo stomaco così bene che la permeabilità e le dimensioni del canale pilorico s'erano ricostruite e lo stomaco non si era punto dilatato. Un solo processo ci ha dato un risultato attendibile ed è la legatura interstiziale poco stretta del piloro con un filo di seta. Se la struttura del filo è forte, esso taglia a poco a poco e lo si ritrova sotto la mucosa dopo 8 o 10 giorni. Nel caso contrario si ottiene un'enorme dilatazione dello stomaco che sopratutto si trova nel gran cul di sacco e si accompagna a ritenzione di un liquido iperacido. Gli altri processi sono infedeli e non ci hanno dati buoni risultati.

Noi concludiamo dunque dicendo che la dilatazione dello stomaco è quasi impossibile ad ottenersi con restringimento d'un piloro normale, perchè sia che, si adoperi un filo di seta, di cautciù, d'argento, il piloro si lascia penetrare insensibilmente da questo ostacolo e presto o tardi si trova questo filo nell'interno della mucosa e si presta ad essere digerito od infossato ».

In 2 esperienze io mi servii di questo mezzo utile modificandolo un poco. Producevo la stenosi incompleta passando un filo a filzetta attorno alla regione pilorica ed annodando senza troppo stringere; sono i soli due casi che come ho detto, mi han lasciato intravedere un legger grado di dilatazione della regione prepilorica. Non vorrei che la mia tenue modificazione, invece di passare il filo nello spessore delle pareti piloriche, m'avesse condotto al risultato non completamente simile a quello di Tuffier e Bonamy.

Nei miei esperimenti però ebbi un altro scopo. Praticavo negli animali già operati di stenosi e che sopravvivevano la gastro-enterostomia posteriore. In questi ho veduto i fenomeni subiettivi a scomparire d'un tratto e tornare l'animale nelle condizioni di prima allegro ed ingrassato. Ho praticato in due casi la gastro-enterostomia posteriore e la chiusura del piloro contemporaneamente. L'animale, sollevatosi dal trauma operatorio, mangiava, era allegro come prima; pareva non fosse stato toccato; il suo peso si conservava inalterato. Dopo poco tempo li ho sacrificati, ho trovato che lo stomaco era nelle condizioni normali per volume ed in uno ho asportato il nuovo piloro per esaminare microscopicamente se attorno ad esso vi si era formato quello sfintere che è ammesso ma non ancora sufficientemente dimostrato e che me lo lascia supporre il senso di costrizione che avverte il mio dito nell'attraversare questo orificio.

Il risultato microscopico non ha dato ragione a questa mia supposizione (esperienza IX). *(Continua).*

L'argomento del giorno.

È nota la quistione che si agita intorno all' *assorbimento dell' iodio dalla pelle*. Quistione importante, perchè in questa si compendia il quesito dell'azione di taluni bagni di talune abblicazioni esterne e ragione della loro efficacia. Il Gallard di Dieritz nella Gazette hehdomadaire (N.° 34) pubblicò un lavoro importante: « Ho specialmente stabilito, egli dice, che la pelle degli animali viventi assorbe gli ioduri sciolti nell'acqua: ripetendo le esperienze sulla pelle dell'uomo vivente ho cercato il loro modo di comportarsi nelle stesse condizioni ». Ora dalle esperienze eseguite viene a queste conclusioni: 1.° La pelle dell'uomo (come quella degli animali) si lascia penetrare dagli ioduri sciolti nell'acqua; l'assorbimento, minimo in principio, va progressivamente aumentando, come lo prova l'aumento dell'iodio contenuto nelle orine; 2.° la quantità di iodio così introdotta non è tanto precisa da essere presa in considerazione, e il modo lento con cui procede l' eliminazione tende a provare che si ha un vero accumulo. Non si possono invocare le vie respiratorie, perchè la quantità di iodio così assorbito è piccolissima e viene eliminata nelle ventiquattro ore.

Il Terrile nella Clinica del Maragliano (La Clinica Medica Italiana N.° 5-1900) studiò il problema dell'eliminazione dell'iodio, che si riconnette con quello dell'assorbimento, e ne concluse che 1.° l'iodio introdotto per la via gastrica o per via ipodermica persiste nell'urina per diversi giorni (8-10-20) e già dal secondo giorno non può più trovarsi nel sangue; 2° l' iodio così introdotto nell' organismo può trovarsi dopo un certo tempo nei testicoli (8 giorni) e trovasi sempre, ricercato coi metodi ordinari, nella glandola tiroide anche dopo venti giorni; 3.° l'iodio ricercato a diverse distanze che variano da cinque a venti giorni in visceri diversi, come il fegato, la milza, il cervello, i muscoli, i polmoni, le ovaie, i gangli linfatici, la glandola pituitaria in un feto quasi a termine di un coniglio iniettato con iodio, non venne mai rinvenuto in nessuno di essi; 4.° che per quanto l' iodio venga eliminato per le orine, dopo cinque giorni dalla sua introduzione nell'organismo, non trovasi più presente nei reni.

Ora i Dottori Stoppato e Plebs di Padova negli Atti dell'VIII Congresso Medico Interprovinciale Lombardo-Veneto (Rivista Veneta di Scienze Mediche Fascicolo VI, 30 Settembre 1900) hanno intrattenuto i convenuti su alcune loro ricerche relative all' *assorbimento cutaneo dell' iodio nei bambini*. In 15 osservazioni fatte in 2 bambini da 5 ad 8 anni coi bagni salso-bromo iodici, a temperatura costante ed uguale periodo di tempo, solo tre volte constatarono la presenza dell'iodio nelle orine, dopo circa quattro ore, per poi diminuire subito. Ora questo, a parer mio, prova l' assorbimento dell'iodio dalla pelle e la difficoltà di rintracciarlo con le ricerche comuni nelle orine. Ciò forse potrebbe fare supporre che si assimila e non si elimina. Ma lo Stoppato e Plebs fecero anche altre ricerche che li condussero alle seguenti conclusioni: 1.° Che la pelle sana assorbe tanto l'iodio che l'joduro potassico esclusivamente sotto forma di pomate anche in superfici di limitata estensione, cioè di 10 a 15 cm. di diametro, purchè la quantità usata non sia inferiore a 10 cg. di jodio e 30 cg. di joduro potassico; 2.° Che l'iodio in forma di tintura pura viene assorbito costantemente e in notevoli quantità anche su tratti di cute di 8 a 15 centimetri di diametro, purchè la parte sia ermeticamente coperta in modo da impedire la dispersione dei vapori; 3.° Che in tali applicazioni l'assorbimento polmonare è minimo trascurabile; 4.° Che è per quei corpi difficilmente assorbibili per la via polmonare come la tintura di iodio, che la pelle costituisce una eccellente via di assorbimento; 5.° Che l'iodio in combinazioni molto volatili, come l'ioduro di Etile viene rapidamente e in quantità maggiori assorbito attraverso la pelle anche per limitatissime superfici, cioè di 5 a 8 cm. di diametro; 6.° Che in ciò

che concerne la medicazione iodica, l'uso delle applicazioni dell'ioduro di etile potrà essere con vantaggio sostituito dall'uso interno dell'iodio, permettendo di adoperarla in dosi massime senza compromettere perciò le funzioni digestive; 7.° Che nei riguardi dell'azione dell'iodio sul ricambio materiale, senza addivenire a conclusioni definitive, constatiamo il fatto concorde con quello di altri autori che il quantitativo di urea in 2 casi su 3 è diminuito in seguito all'assorbimento dell'iodio, riservandosi però di continuare lo studio e riferire in altra occasione risultati più sicuri e completi.

Ora queste differenze potrebbero essere spiegate dalle *ricerche sull' assorbimento cutaneo* che i Proff. Leone Pesci ed Angelo Andres dell' Università di Parma comunicarono il 5 Luglio 1900 al R. Istituto Lombardo di Scienze e Lettere. I due sperimentatori vollero controllare la verità dell'opinione generale che l'integumento degli animali vivi, non escluso l'uomo, si comporta rispetto ai liquidi che lo bagnano come la membrana di un dializzatore, e quindi che attraverso il medesimo possano avvenire degli scambi fra le sostanze cristalloidi contenute nei liquidi che lo bagnano esternamente e quelle esistenti nella compagine del corpo. A questo intento fecero delle esperienze su delle rane immerse in bagno, prima di acqua dolce, durata e temperature diverse, e pesandole prima e dopo l'operazione; e trovarono che non si aveva esportazione di muco e di epitelio in tale quantità da influire sul peso. Se il bagno poi era con acqua salata la diminuzione era costante e proporzionale alla concentrazione del bagno, della sua durata e della sua temperatura. Facendo dei bagni multipli, succedentisi l'uno all'altro senza interruzione e per la durata di cinque minuti, la diminuzione di peso è nei primi bagni assai forte, va a poco a poco diminuendo dall'uno all'altro per un certo numero e poi prosegue in modo quasi uniforme, salvo qualche oscillazione. Nelle rane morte invece non si verificò mai una sensibile diminuzione di peso.

Al cloruro di sodio nel bagno venne sostituito il ferro, cianuro di potassio, od altre sostanze per ricercarle chimicamente: ma anche queste esperienze confermarono quelle eseguite col cloruro di sodio.

Uguali esperimenti vennero compiuti sul piccione e sul consiglio, e finalmente nell'uomo; e notevole fu la differenza intercorsa fra il bagno dolce ed il bagno salato. Ora risulta dalle pesate prima e dopo il bagno che le differenze per il bagno dolce sono + 10 + 50 + 15 e quelle del salato invece — 85 — 100 — 90; le cifre percentuali del primo sono + 17 + 87 + 26 quelle del secondo invece — 153 — 174 — 157.

« L'aumento, dicono i due sperimentatori, significa che l'acqua del bagno è migrata attraverso l'integumento nell'interno del corpo; e la diminuzione indica l'opposto, che acqua del corpo è uscita attraverso la pelle nella soluzione salina ambiente, Questi due fenomeni dimostrerebbero che l'integumento degli animali vivi funge da membrana dializzatrice. Quindi, accertato il concetto che l'integumento degli animali vivi, sommersi in tutto od in parte nell'acqua semplice od in soluzioni acquose di sali diversi, si comporta non già come una membrana da dializzatore, sibbene come una membrana semipermeabile: « Naturalmente, scrivono, il fenomeno è complesso, perocchè oltre alla plasmolisi, v'interviene forse la stessa dialisi, non meno che la imbibizione e la capillarità. Senza dire poi che tutti questi modi diversi coi quali si compie la diffusione dei liquidi negli organismi possono venire modificati da svariate condizioni. Possono esserlo anzitutto dalla natura istologica dei tessuti, i quali variano da specie a specie, da individuo ad individuo, non meno che secondo l'età ed il sesso; possono poi anche esserlo dallo stato in cui si trova l'individuo nel momento dell'esperienza, e cioè se ha prima vissuto in condizioni più o meno normali, se è sano e vegeto o malaticcio e cachettico, inoltre può esserlo anche dalla natura del liquido che si mette in contatto dell'integumento, il quale può variare tanto per la qualità dei sali che si sono disciolti, quanto per il grado di concentrazione; ed in fin

può esserlo dalle condizioni fisiche esterne della temperatura, della pressione, della tensione elettrica e via dicendo ».

E tutto ciò importa assaissimo anche al chirurgo.

*
* *

Una importante comunicazione è stata quella fatta dal Ponfick il 18 Settembre al 72.° Congresso dei naturalisti e medici tedeschi sul *rapporto fra scrofola e tubercolosi.* Egli disse che si parla più di rado di scrofola da poi che fu provato con esperienze (1884) che inoculando materiali scrofolosi si provocano gli stessi fenomeni che inoculando materiali tubercolari Aggiunge che la pelle normale offre grande resistenza alla penetrazione dei bacilli tubercolari, ma alcune piccole ferite spesso inosservate o alcuni processi flogistici possono servire di porta d'ingresso per affezioni lupose della pelle e malattie scrofolose delle glandole linfatiche, specialmente nei bambini. Alla circoncisione rituale spesso si vide susseguire tubercolosi e caseificazione delle glandole inguinali e anche la tubercolosi miliare acuta e sempre si potè provare che in questi casi l'operatore soffriva di tubercolosi polmonare. Le mucose lasciano penetrare i bacilli anche se intatte. In taluni bambini, apparentemente sani, si trovano spesso flogosi cutanee e tumefazioni glandolari. quelle cioè che chiamansi affezioni scrofolose. In queste forme si è potuta sempre dimostrare la presenza di bacilli tubercolari, oppure di streptococchi e stafilococchi: s'incontrano anche infezioni miste. Talora si potè dimostrare che ad una flogosi siero-purulenta si è aggiunta un'infezione tubercolare. Le mucose sono dunque più della pelle disposte a fare entrare i bacilli tubercolari, ma questo in special modo in alcune sedi ove sono a guisa di sporgenza, e voglio dire le tonsille, la mucosa nasale. Ora queste sporgenze aumentano considerevolmente nei processi flogistici ed offrono con facilità una porta d'ingresso ai bacilli tubercolari, tanto più che l'aumento di volume va unito ad un rammollimento di tessuto. La conclusione del Ponfick è che la scrofola dev'essere considerata come una flogosi prodotta da piogeni o da bacilli tubercolari o dagli uni e dagli altri insieme (infezione mista). I bambini presentano di fronte alle influenze esterne una maggiore recettività degli adulti. I loro tessuti, egli dice, sono più ricchi di succhi; la sostanza intermedia è riccamente irrorata da linfa. Qui insorgono facilmente stasi linfatiche e i batteri vi si possono facilmente annidare e moltiplicarvisi. Nessuna meraviglia quindi che i bambini ospitino più spesso tali germi, e che la scrofola sia una malattia dell'infanzia. Il Ponfick crede ancora da studiarsi il quesito se la scrofola debba considerarsi come una forma speciale di malattia.

Si veda quanto l'argomento interessa il chirurgo.

*
* *

Nimier e Laval, i quali con altri tre libri sui proiettili, sugli esplosivi e le armi bianche avevano molto bene studiate le ferite in guerra, oggi si pongono innanzi un problema della più grande importanza, e cioè quello dell'*infezione in chirurgia da guerra.* Ho detto importante e lo ripeto, perchè mentre si vede di giorno in giorno sempre più allontanarsi il pericolo delle infezioni nella pratica civile non è lo stesso in quella da guerra. È vero che l'esperienza dei chirurghi si arresta in massima parte alle guerre Europee; e fortunatamente da un tempo abbastanza lungo i diplomatici hanno risolte le quistioni con dei trattati anzichè con le armi. Ma intanto il fatto esiste, ed è importantissimo a doversi studiare.

Ecco intanto i tre problemi, che si pongono i due egregi Chirurghi di Val-de-Grace: 1.° natura dei germi infettivi, cioè la natura dei germi seminati nei tessuti; 2.° meccanismo di produzione dell'infezione o condizioni nelle quali si producono i contatti del germe e del terreno; 3.° le condizioni di recettività del terreno, della resistenza vitale dei tessuti nei feriti.

Al primo problema è facile rispondere che la natura dei germi è quella stessa di tutte le infezioni: al secondo che l'infezione può portarla il chirurgo con le proprie mani, o sono i proiettili che ne sono il veicolo, o per sè stessi, o per i prodotti dello scoppio della polvere, o per la disinfezione del proiettile nella canna del fucile, o dai lacerti di vestimenta, o dalla pelle, o dai microbi che si trovano nelle cavità naturali. In quanto alla recettività del terreno bisogna prendere in considerazione i disordini anatomici, le condizioni generali del ferito; di più ci è da notare che nel finire delle campagne, e specialmente se lunghe, ed in particolare modo nei vinti, sono più facili le condizioni di recettività.

I colpi d'arma da fuoco possono essere poco o punto infetti: più facile poco che punto, perchè è rarissimo che si trovi un proiettile in condizioni di asepsi assoluta. In tale caso i microbi sono vinti, e la ferita si svolge come nelle comuni ferite non infette. Nulla qui ci è da prendere in esame, in modo speciale, perchè tutto si svolge come nelle ferite comuni asettiche, in quanto a decorso e riparazione. È tutto il contrario invece quando questi proiettili sono infetti. Il decorso della ferita è anormale; le complicanze si accentuano continuamente; le riparazioni avvengono in modo anormale, come ogni qual volta vi sono suppurazioni abbondanti, perdita di sostanza, febbre, ritardo o modificazioni nelle cicatrici. Questo poi è tanto più grave quando si tratta di riparazioni nelle ossa, nei nervi, nelle arterie, in una parola là dove se la riparazione non è perfetta sussegue un difetto molto grave: cito come esempio, nelle ossa, ove, invece di un callo osseo può avvenire una pseudoartrosi. La pioemia, la setticemia, la gangrena nasocomiale, l'eresipela, il tetano trovano largo campo: e quest'ultimo poi in una proporzione che non esiste in altre circostanze. E tutto questo, come si vede, non è che un ricordo dei tempi passati per la chirurgia comune.

Un ultimo fatto poi può accadere ed è quello della permanenza del proiettile o dei corpi estranei nei tessuti. A quali conseguenze questo possa dare luogo ciascuno lo può comprendere facilmente.

Ora è stato molto utile che qualcheduno come il Nimier ed il Laval si sieno occupati di questo. Il non pensarvi poteva far credere che in guerra le ferite decorressero come nella pratica civile; invece così non è. L'allarme è dato: speriamo che rimanga tale, e che non si debba controllare ciò che i due Chirurghi Francesi ci hanno insegnato.

31 Ottobre 1900.

ANDREA CECCHERELLI.

RIVISTA SINTETICA

SULLA COMMOZIONE CEREBRALE

(Continuazione. e fine V. N. 10

Il Bonomo (44) in un suo lavoro « sul meccanismo della commozione cerebro-spinale » ritiene che i traumi sul capo spieghino la loro azione sulla rachide e sulla porzione cervicale del midollo. E ciò fu costretto ad ammettere in seguito ad esperienze fatte su cani.

Egli provocava la commozione cerebrale con dei colpi leggeri dati sul vertice del capo in direzione della rachide; ed all'esame anatomo-patologico ha sempre osservato sulla superficie encefalica, in corrispondenza dell'asse di percussione nei suoi due punti opposti un punteggiamento emorragico superficiale, ed intorno all'istesso nelle parti più basse del cervelletto, ed intorno al bulbo effusioni sanguigne sotto la pia. Se invece i colpi erano più violenti oltre ad un versamento emorragico nel 3° e 4° ventricolo riscontrava emorragie puntiformi a piccoli focolai periependimali nella sostanza grigia del midollo cervicale.

L'A spiega il meccanismo della commozione cerebrale. ammettendo che la sostanza nervosa messa in oscillazione da un urto debba imprimere alle radici dei nervi cranici e più specialmenie a quelli che partono dal bulbo uno stiramento tale da sospendere ogni attività nervosa. Il fatto emorragia egli lo spiega, non come il Duret che ammette la contusione indiretta del cervello nel punto diametralmente opposto a quello colpito, ma per mezzo della espansione assiale, ossia per mezzo di un'espansione che ha osservato avvenire nella massa nervosa, espansione che produce distensione e rottura della finissima rete capillare, in quei punti ove maggiore è la somma delle vibrazioni trasmesse all'encefalo.

Il midollo verrebbe compresso fra due correnti liquide, e specie l'interno determinerebbe l'emorragie ependimali.

Per convincersi che questa e non altra era la causa che determinava queste emorragie del midollo, l'A ha provocato uno stiramento brusco del midollo stesso nelle radici spinali di cani e conigli; ed ha potuto constatare spandimento emorragico a chiazze sotto la pia nella porzione cervicale del midollo, emorragie puntiformi periependimali e nella sostanza grigia nella stessa sede.

Qneste emorragie, anche a focolai puntiformi, determinando una soppressione di correnti nutritizie, spiegano i rapidi processi degenerativi, che osservansi nei gruppi cellulari sia del cervello che del midollo. Il disturbo cardiaco-respiratorio lo ritiene dovuto allo stiramento brusco e violento delle radici dei nervi bulbari.

Come si è visto, le opinioni, intorno alla patogenesi della commozione dei centri nervosi, sono assai diverse e disparate, e non essendo ancora per nulla risolta la quistione, ho voluto anch'io occuparmi dell'argomento.

A tal uopo instituii delle ricerche sperimentali; e nei primi esperimenti da me eseguiti ho seguito il metodo di Kock e Filhene ossia del martellamento, vale a dire dei colpi lievi, e ripetuti con la modificazione fatta dai dottori Cavicchia e Rosa, dell'interposizione cioè di un corpo elastico, capace di attutire il

colpo allo scopo di non portare alcuna lesione anatomica nè a carico delle parti molli, nè della scatola cranica. Prima degli esperimenti ho valutato esattamente il peso, lo stato del polso, della respirazione, e il grado della temperatura degli animali, osservando a dati intervalli quali modificazioni subissero durante l'esperimento.

Avuto il quadro sintomatico della Commozione, alcuni animali furono subito uccisi per verificare quali alterazioni presentasse il cervello nello stato di commozione.

Il modo di uccisione non è quello adoperato dai dottori Cavicchia e Rosa: parendomi che la puntura del bulbo potesse trarre in inganno apportando delle alterazioni nella parte appunto presa in esame, mi son servito invece, seguendo il consiglio del mio Maestro il prof. Ceccherelli, di iniezioni endovenose; di alcune bolle d' aria negli animali piccoli, di alcune goccie di cloroformio negli animali grossi. La morte era quasi sempre istantanea.

Negli esperimenti da me eseguiti tenni conto anche della pupilla e dello statod ella circolazione retinica.

Gli animali vengono fissati ad un tavolo in decubito prono, con un cuscino soffice situato nella regione anteriore del collo e sotto-mentoniera.

Esperimento I. — Coniglio maschio del peso di kg. 1.300

Polso 100, respiro 90; temperatura rettale 38.5°.

Comincio il martellamento con colpi piccoli e ripetuti dati sulla regione frontale. In principio l'animale reagisce fortemente, ma a grado a grado che il martellamento continua l'animale si affievolisce, e dopo 20 minuti si abbandona a sè. Ha perdita di urina e di feci.

Il polso piccolo e filiforme è sceso a 66, il respiro a 60, la temperatura a 36 7°. L'esame del fondo dell'occhio fa rilevare anemia dei vasi retinici. La pupilla è dilatata. Ucciso il coniglio durante questi fenomeni, procedo all'esame anatomo-patologico del cervello, che è anemico; i vasi arteriosi sono vuoti di sangue, ripieni invece i venosi. Al taglio della massa encefalica non si osserva alcuna alterazione degna di nota.

Esperimento II. — Coniglio maschio del peso di Kg. 1.450.

Polso 94, temperatura 39°, respiro 70.

Ottenuta la commozione dopo soli 15 minuti, faccio l'esame oftalmoscopico dell'occhio che dà anemia dei vasi retinici. Il polso segna 70 battute, il respiro è sceso a 65: la temperatura a 36.8°.

Lasciato l'animale a sè, dopo tre ore i fenomeni della commozione erano pressochè scomparsi; all' esame oftalmoscopico la circolazione nei vasi retinici si era ristabilita.

Pratico allora un nuovo martellamento, in seguito al quale ottengo la commozione in 10 minuti. Uccido l'animale, ed all'esame anatomo-patologico del cervello trovo i vasi arteriosi vuoti di sangue e afflosciati. Non si osservano altre lesioni all'infuori di una leggera stasi venosa.

Esperimento III. — Viene eseguito sopra un gatto che pesa Kg. 1.600.

Polso 110, respiro 62, temperatura 38°.

Ottengo la commozione dopo 35 minuti con perdita di urina e di feci, con abbassamento di polso, respiro e temperatura; i vasi retinici sono vuoti di sangue. All'esame anatomo-patologico l'unico fatto degno di nota è l'anemia spiccata. Qualche piccola emorragia puntiforme si osserva al taglio del cervello.

Esperimento IV. — Altro gatto del peso di Kg. 1.400.

Polso 112, respiro 60, temperatura 38.4°.

Avuto il quadro sintomatico della commozione, l'animale viene lasciato a sè. Solo dopo un'ora comincia a riprendere i movimenti; dopo 4 ore le funzioni sono ristabilite. Dopo 5 giorni viene ucciso, e l'autopsia del cervello non fa rilevare nulla degno di nota.

Esperimento V. — Cane del peso di Kg. 5.600.

Polso 80, respiro 20, temperatura rettale 38°.

La commozione si ha dopo $^1/_2$ ora, con perdita di feci e di urine, pupilla dilatata ed insensibile, anemia dei vasi retinici, polso piccolo ed irregolare (68 pulsazioni), respiro superficiale (18 respirazioni), temperatura 37°.

Uccido l'animale con l'iniezione nella giugulare destra di alcune goccie di cloroformio; la morte non avviene subito, ma solo in seguito ad una seconda iniezione più abbondante. L'autopsia del cervello fa rilevare una forte iperemia sia attiva che passiva.

Questi i reperti trovati negli esperimenti col martellamento e che hanno dato come fatto costante l'anemia dei vasi arteriosi; solo nell'ultimo questo non si è reso palese all'esame anatomo-patologico, essendosi ottenuta iperemia, ch'io credo dovuta all'iniezione del cloroformio.

La tecnica sperimentale fin qui adoperata però non mi convinse troppo, ed ho voluto continuare le esperienze seguendo altri metodi. E sono partito dal concetto, che bisognava porsi nelle condizioni le più favorevoli, per avvicinarsi per quanto era possibile a quelle che si hanno quando un individuo va soggetto ad una commozione cerebrale. A tal uopo ho creduto conveniente lasciar cadere gli animali da varie altezze, in modo però che urtando col cranio su di un corpo, questo non fosse capace di produrre una frattura, ma semplicemente un urto violento. Ho cercato quindi che il terreno su cui cadevano fosse soffice, elastico, da far rimbalzare e non schiacciare la testa dell'animale, colla quale procuravo che battesse.

Questo metodo che fu già adoperato dal Prof. Ceccherelli (45) per esperimentare la commozione cerebrale, è senza dubbio il migliore, ma i risultati non sempre corrispondono, potendosi avere con facilità delle lesioni più o meno gravi sia del cervello che dei suoi tegumenti, capaci di mascherarne il quadro sintomatico.

Il prof. Ceccherelli in alcuni casi potè riscontrare delle piccole emorragie nella sostanza cerebrale, ed in altri no; i primi furono da lui esclusi come quelli che competevano allo studio delle contusioni.

Nei miei esperimenli tenni conto del polso, respiro, temperatura, e curai di fare l'esame del fondo dell'occhio. La morte veniva procurata col solito metodo delle iniezioni. Gli animali usati furono i cani.

Senza ch'io dia un conto esatto e dettagliato degli esperimenti fatti, cosa lunga ed inutile, dirò solo che in alcuni ebbi frattura della scatola cranica, con complicazioni di altri organi, in altri ebbi emorragie più o meno spiccate, in altri emorragie puntiformi sparse nella sostanza cerebrale, in altri centri di rammolimento più o meno estesi: e quanto maggiore era l'altezza, più spiccate erano le lesioni materiali che si riscontravano.

In un solo esperimento, in cui l'esame del fondo dell'occhio aveva fatto rilevare vuoti di sangue i vasi retinici, trovai anemia del cervello. L'animale l'aveva lasciato cadere dall'altezza di 5 metri, sopra un terreno piuttosto molle.

Quali ora le conclusioni che se ne potrebbero trarre?

Dando uno sguardo sommario agli esperimenti eseguiti si vede subito che varii furono i risultati ottenuti. In alcuni si aveva un semplice disturbo circolatorio, in altri invece, e sono i più numerosi, oltre al disturbo circolatorio, i fenomeni della commozione erano completamente mascherati da vere lesioni anatomo-patologiche, che a seconda della sede e dell'estensione davano un quadro più o meno grave. Queste osservazioni io credo di poterle affatto escludere, perchè, ammesso, come da altri fu già osservato (Littrè), che la commozione pura e semplice si esplichi senza lesioni materiali, non c'è ragione per cui si debbano ritenere patognomoniche della commozione stessa. Certo che anch'esse hanno la loro importanza e grandissima, e che a seconda della loro gravità i fenomeni saranno più o meno gravi, ma allora possiamo ben dire che uniti al fenomeno

commozione entrano in campo e la contusione e la compressione dei centri nervosi che sono quasi sempre un' aggravante del processo, ma non le vere cause da cui il processo si genera.

Bisogna quindi fissare la nostra attenzione sopra qualche altro fatto che possa spiegarci questi fenomeni.

Se noi osserviamo gli esperimenti I, II, III, IV ed ultimo accennato, si vede che in essi le cose cambiano aspetto. Lasciando stare il modo con cui si esperimentò, è un fatto che la commozione fu prodotta, e ne avemmo il quadro tipico, senza che per questo si verificassero al tavolo anatomico lesioni materiali; il solo fatto degno di nota fu l' anemia arteriosa pronunciata, con concomitante iperemia venosa. La causa quindi dobbiamo ricercarla nel disturbo circolatorio.

Questa teoria non è nuova, essendo stata ammessa dal Fischer, dal Duret, dal Polis e dai dottori Cavicchia e Rosa.

Non bisogna però credere che con questo solo elemento si possano spiegare i fenomeni tutti che si producono.

Conviene invece accumulare varii elementi, e la spiegazione sarà molto più esatta e facile. Fu già dimostrato da altri, e lo abbiamo visto, che la Commozione Cerebrale deve sonsiderarsi come un effetto immediato traumatico delle vibrazioni che ebbero a prodursi nella compage osseo-cranica in ragione di una percossa o di una caduta e trasmesse alle parti liquide e solide e agli elementi nervosi, in modo da venire interessati nelle loro proprietà vitali, da risultarne un torpore funzionale degli elementi stessi.

Ora io credo che se queste vibrazioni hanno un'influenza massima e sono il fondamento, la parte capitale per spiegare la commozione, bisogna non porre da parte il disturbo circolatorio che pur si produce nel viscere commosso, e quindi sono appunto i varii fatti osservati, le diverse teorie esaltate e combattute che hanno ragione quando fra di loro si uniscano e completino.

Soltanto ammettendo questo stato di cose possiamo spiegarci l' insorgere rapido dei fenomeni della commozione.

Sul come poi si produca questo disturbo circolatorio, sia che il trauma agisca direttamente sulla muscolatura dei vasi, sia che agisca sulla innervazione dei vasi stessi o sui centri vaso-motori, non potrei dare un giudizio, non avendo esperienze per poterlo dimostrare.

Bibliografia.

(1) **Ippocratis.** — Opera omnia, Venetiis, 1737.
(2) **Celso.** — De Medicina, Patavii, 1750.
(3) **Galeno.** — Citato nella chirurgia di Paolo d' Egina.
(4) **Parè.** — Les Oeuvres d' Ambroise Paré. Lyon, 1641.
(5) **Falloppio.** — Commentarius in Ippocrates. De vulneribus capitis, Venetiis, 1506.
(6) **Boirel.** — Traité des plaies de tête, 1677.
(7) **Littrè.** — Histoire de l'Académie des Sciences, 1705
(8) **Grima.** — Recueil d'observations pour servir de base à la théorie de lesion par contra-coup. Paris, 1766
(9) **Chopart.** — Mémoire sur le lesions de contra-coup. Paris, 1771.
(10) **Sabatier.** — Traité complet de chirurgie, Paris, 1771.
(11) **J. L. Petit.** — Traité des maladies chirurgicales, Paris, 1744, T. L.
(12) **Gama.** — Recueil d'obs rvations d'anatomie et de chirurgie, Paris. 1738.
(13) e (14) **Boyer e Regiu.** — Traité des maladies chirurgicales, Paris, 1820.
(15) e (16) **Nelaton-Denonvilliers.** — Elements de pathologie chirurg. par Nélaton, Paris, 1847.
(17) **Aliquiè.** — Etude clinique et esperimental'e de la commotion, Gaz. med. Paris, 1865.
(18) **Delpech-Sanson.** — Dictionnaire de med. e chirurgie pratique, Paris.
(19) **Rokitansky.** — Hand. d. pathol. Anatomie, 1844, Bd. II.
(20) **Fano.** — Memoire sur la commotion du cerveau. Mem. de la soc. de chirurgie. 1853.

(21) **Chassaignac.** — Des plaies de la tête, Paris, 1842.
(22) **Nélaton.** — Elements de pathologie chirurg. Paris, 1847.
(23) **Stromaier.** — Citato da König nel trattato di patologia chirurgica.
(24) **Fischer.** — Ueber die commotio cerebri. Volkmann's Sammlung Klinisch Vortr, 1871.
(25) **Koch e Filhene.** — Ueber die Commotio cerebri, Langenbeck's. Archiv. 1874.
(26) **Vithowski.** — Ueber Gehirnerschütterung, Vichow's Archiv. 1877.
(27) **Beck.** — Chirurgie der Schussverletzungen, Freburg, 1872.
(28) **Duret.** — Recherches experimentales sur les traumatismes cerebraux, Paris, 1878.
(29) **Miles.** — Brain-part. LVII, p. 184, 1892.
(30) **Polis.** — Revue de chirurgie, 1874.
(31) **D'Antona.** — La nuova chirurgia del sistema nervoso centrale, Napoli, 1894.
(31) **A Ferrari.** — Sulla commozione cerebrale. « Lo Spallanzani » fascicoli IV, V, 1882, Modena.
(32) **Dinohler.** — Ueber den Verlaus und die anatom. Veränderungen einer Gehirnerkrankung in Folge von Trauma, XX Wanderversammlung der Südwestdeuschen Neurologen zu Baden Baden, 1895.
(34) **Sohmans.** — Beitrage zur pathol. Anatomie der Rüchenmarhser.chütterung, Virchow Archiv. B. CXXII.
(35) **Friedman.** — Zur Lehre von den Folgezustanden.
(36) **Krothal e Bernard.** — Fall von sogenannter traumatischer Neurose mit Sectionsbefund Neufolg.
(37) **Westhal.** — Ueber einen Fall von traumatischer Myelitis Arch. fur Psychiatrie und Vervenkrakheiten, B XXVIII.
(38) **Luzenberger.** — Annali di Neurologia, 1897.
(39) **Parascandolo.** — Revue de biologie, 1898.
(40) **Soagliosi.** — Archiv fur Pathologische Anatomie und Phisiologie und fur Klinische Medicin. Herausgegeban von Rudolf Virchow, Band 152, Heft 3, Folge XV. Band II, Ausgegeben am 17, Junii, 1898.
(41) **Tillmann.** XXVIII Congres della Società di chirurgia, Tedesca 1899.
(42) **Cavicchia e Rosa.** — Il Policlinico. Sezione chirurgica, Roma, 15, 22, 99, N 24.
(43) **Roncali** — « Arte Medica », N. 35, p. 673, Napoli, 2 settembre, 1900.
(44) **Bonomo.** — Sul meccanismo della commozione cerebro-spinale, 15° Congresso della Società Italiana di Chirurgia.
(45) **Cecoherelli.** — La trapanazione del cranio. Annali Universali di Medicina, 1885.

Dott. Giovanni Negri.

RENDICONTI DI ACCADEMIE E SOCIETÀ

Italia.

Associazione Medico-Chirurgica di Parma.

Seduta del 5 *ottobre* 1900. — Generosi. *Sopra un caso di appendicite con eliminazione dell'appendice per la via intestinale.* Una fanciulla di 13 anni, 17 giorni dopo l'insorgere della malattia eliminò tra le feci tutta l'appendice vermiforme. Il giorno successivo venne eliminata una quantità di ossicini di pollo. L'appendice eliminata è lunga undici centimetri e presenta due ulcerazioni.

Dice che bisogna distinguere l'appendicite propriamente detta dalla crisi appendicolare che può insorgere sul decorso di quella. Egli spiega il raro caso dicendo che l'appendice staccatasi alla sua base per un processo infettivo o meccanico-infettivo necrosante favorito dalle speciali condizioni dell'arteria appendicolare è passata nell'intestino. Canali mancando l'esame istologico del pezzo presentato dice che può insorgere il dubbio si tratti di un essudato riproducente la forma dell'appendice.

Ferrari non crede che gli ossicini fossero la causa dell'appendicite, ma piuttosto calcoli emessi inavvertitamente colle feci.

Gallenga parla su di un caso di *tumore del nervo ottico.*

Riva presenta un *apparecchio per la lavatura continua nella pleurite putrida.*

Reale Accademia di Medicina di Torino.

Seduta del 6 *luglio* 1900. — Il prof. Foà a nome del dott. Vanzetti riferisce sopra un *caso di ascesso cerebrale* e *meningite da bacillo di Eberth.* Trattavasi di una ragazza di 11 anni, che nel decorso di una infezione tifica presentava una emiplegia destra e venne a morte con sintomi meningei; all'autopsia si riscontrarono oltre le lesioni addominali del tifo con ascesso necrotico purulento interessante parte del talamo ottico, della capsula interna e del corpo striato di sinistra e con meningite suppurativa. Dalle culture fatte dell'ascesso cerebrale e delle meningi si ricavò in cultura pura il bacillo di Eberth. Questo sarebbe il primo caso di localizzazione suppurativa cerebrale da bacillo tifoso.

Zoppi. — *Del processo intimo di guarigione del distacco epifisario — Del trapianto della cartilagine inter-epifisaria — Della sostituzione della cartilagine inter-epifisaria con cartilagine articolare.* Viene a queste conclusioni: 1.° che il distacco epifisario, arrivando sempre entro il tessuto cartilagineo, guarisce in un modo diverso dalle comuni fratture, cioè per una caratteristica neoformazione di cartilagine inter-epifisaria, che in breve tempo conduce alla perfetta restitutio ad integrum; 2.° che è possibile un trapianto di cartilagine inter-epifisaria da una miscela all'altra della stessa specie, e che non perdendo essa affatto le sue proprietà fisiologiche, dà luogo a neoformazione ossea, avendosi così il normale allungamento dell'osso; 3.° che gli innesti eteroplastici di cartilagine inter-epifisaria non attecchiscono e vengono a poco a poco riassorbiti; 4.° che infine la cartilagine articolore adulta non attecchisce qualora non la si innesti in un ambiente favore-

vole, cioè là dove si è tolta tutta od in parte la cartilagine inter-epifisaria, venendo così ad affermare il fatto che l'attecchimento di un innesto non istà solo in relazione con la maggiore o minore vitalità di questo, quanto dai tessuti con cui viene messo in rapporto

Austria.

Società Imperiale e Reale dei Medici di Vienna.

Seduta del 26 *ottobre* 1900. — Büdinger parla sugli *innesti ossei per perdita di sostanza del cranio* a proposito di un ragazzo affetto da carie con pachimeningite. Ha preso i pezzi di ossa dal calcagno di un piede amputato. Il paziente morì dopo quattro anni e potè constatare il completo saldamento dei frammenti. Crede che le ossa spongiose siano più favorevoli delle ossa compatte per queste trapiantazioni.

Belgio.

Società Belga di Chirurgia.

Seduta del 21 *luglio* 1900. — Diederich presenta un caso di *deformità genitale* simile a quella che era stata già presentata da Rouffard. Operando un'ernia trovò un ovaio ed un utero rudimentale lungo 3 centimetri. Si trattava di una giovane di 21 anno, e nulla si conosceva sulle funzioni genitali.

Venne riscontrata la mancanza assoluta di vagina, e vulva normale alla pari delle parti genitali esterne. Non ha potuto trovare ovaia e tromba destra. Fece la castrazione ed ebbe guarigione. Rouffart ricorda che nel suo caso aveva trovato nel sacco il solo utero. Depage osserva che il solo esame microscopico può dilucidare la quistione del sesso. Verneuil è del medesimo parere e cita un caso. Lorthioir e Verneuil dilucidano la quistione dell'inesistenza di sesso.

Lauwers narra la storia di un caso di *ascesso sotto-frenico*, nel quale, per aggredirlo, prescelse la via della resezione costale alla base del torace.

Vince parla su *alcuni casi di cura chirurgica delle varici con il processo del Moreschi*, del quale è rimasto soddisfatto. Depage ricorda come la cura radicale delle varici è uno dei fattori più importanti per la guarigioni delle ulceri. Raccomanda anch'esso il processo Moreschi.

Goris narra la storia di due casi di *frattura spontanea dell'apofisi stiloide*, nei quali ottenne la guarigione asportando la punta dell'osso rotto.

Goris presenta un caso di *ernia cerebellare* consecutiva ad un intervento nel seno laterale. Vince e Dandois citano dei casi di complicanze consecutive alle operazioni sull'apofisi mastoide.

Goris presenta un caso di *tirotomia per papilloma della laringe* in un ragazzo di quattro anni. Ottenne la guarigione. Dandois cita un caso, nel quale dopo succedette stenosi; ed a Goris è avvenuto lo stesso in un altro caso.

Francia.

Accademia di Medicina di Parigi.

Seduta del 20 *ottobre* 1900. — Delorme parla sul *prolasso del retto* e dice che alcuni mesi fa ha presentata una comunicazione sull'operazione del prolasso del retto con la sezione dei segmenti invaginante ed invaginato. Oggi fa vedere un secondo malato guarito dopo l'esportazione di 20 centimetri di mucosa; contiene benissimo le materie solide ed anche liquide, ed all'ano si vedono delle crespe raggiate.

Seduta del 9 *ottobre* 1900. — Berger fa una comunicazione sulla *protesi della faccia* a nome di Goldenstein presentando una malata che ha un apparecchio per colmare un'enorme perdita di sostanza della faccia. Nel primo apparecchio vi era di speciale di far sostenere il naso artificiale del suo apparato. Secondo Berger l'autoplastica può supplire senza questi apparecchi. Delorme è della medesima opinione.

Chanot-Prévost parla di un'operazione per *mostro-sternopage*. Era un mostro doppio di sesso femminino, di sette anni. Uno sopravvisse e l'altro morì dopo cinque giorni dall'operazione.

Il ponte epatico d'unione era il più interessante. Per questo incise le due vene ombelicali. I due pericardi erano aderenti da una stria fibrosa di due centimetri. Fu aperta una pleura, che fu suturata dopo tolti i grumi. Inciso il parenchima epatico l'emostasi fu fatta con un processo speciale.

Seduta del 16 *ottobre* 1900. — Lucas-Championniere parla sui *disturbi di deambulazione nella coxo-tubercolosi*. Il passo del coxalgico è più corto di quello del sano. La durata dell'oscillazione della gamba sana è molto minore di quella della gamba malata. Il paziente fa dei movimenti col braccio per aiutare la deambulazione, pende dal lato opposto a quello malato. Taluni appoggiano più fortemente il calcagno e meno la punta del piede dei sani, mentre altri invece camminano sulla punta del piede.

Seduta del 23 *ottobre* 1900. — Porak legge un rapporto sul caso di *mostro doppio toracopage* di cui parlò Chénot-Prévost e rileva alla pari di Fournier la deficienza di documenti a spiegare questi fatti, che sono più probabili nelle gravidanze gemellari e per sifilide ereditaria.

Società di Chirurgia di Parigi.

Seduta del 3 *ottobre* 1900. — Guinard a nome di Pluyette presenta due osservazioni di *calcoli uretrali e peri-uretrali*, per i quali fece l'uretrotomia esterna ottenendo la guarigione, rimanendo però in un caso una piccola fistola. Non sa spiegare l'origine del calcolo stesso.

Lejars a nome di Sierra presenta un'osservazione di *calcoli della vescichetta biliare e del canale coledoco*. Fece la colecistectomia e la coledocotomia con buon risultato. A proposito dell'incisione crede che valga meglio cominciare dalla vescichetta, poi il cistico e quindi il coledoco: pensa che non si possa fissare alcuna regola a riguardo della sutura, dovendosi lasciare guidare dalle circostanze. Michaux è della medesima opinione per ciò che riguarda la sutura. Opina che la colecistectomia eseguita prima della coledocotomia permetta di lasciare passare i grossi calcoli del cole-

doco senza incidere ampiamente questo canale, di evitare la caduta della bile nel cavo peritoneale, e di stirare sul coledoco e scoprire così delle parti profonde difficili ad esplorare. ROUTIER a questo riguardo la pensa nello stesso modo. Egli da prima scolla la vescichetta ma non l'estirpa contentandosi di inciderla, lavarla e vuotarla dei suoi calcoli: dopo fa la colecistectomia. SCHWARTZ pensa che sia imprudente togliere il drenaggio dopo 48 ore come fece Sierra. Crede buona la colecistectomia precedente ad altra manovra, quando non vi è infezione della vescichetta. Raccomanda di fare seguire alla coledocotomia la colecistectomia che salvaguarda qualora i punti di sutura non tenessero i punti che bisogna dare solo in caso di possibilità.

DELORME presenta un operato di *prolasso del retto* col suo metodo e guarito. Resecò 20 cent. di retto.

PICQUÈ fa vedere un malato cui fece la *resezione parziale sotto-periostea immediata della porzione superiore dell'omero in conseguenza di una frattura per colpo da fuoco* seguita da guarigione.

BAZY presenta un *rene tubercoloso* asportato. Il paziente di 52 anni è guarito.

Seduta del 10 *ottobre*. — POTHERAT a proposito dei *calcoli uretrali* fa osservare che il calcolo di cui parlò Guinard era intra-uretrale. Crede che il calcolo avesse sede in una dilatazione del canale. Con Guinard pensa che questi calcoli sono quasi sempre costituiti da un nucleo urico od ossalico venuto dalle vie orinarie superiori, e che si contorna poi di strati fosfatici più o meno ispessiti. Cita un caso. GUINARD però osserva che nel caso di Pluyette non si trattava di un adulto ammalato negli organi orinarî, ma di un ragazzo di sei anni senza passato patologico che potesse spiegare il fatto.

RICARD parla su di un caso di *fistola vescico-vaginale curata col metodo dello sdoppiamento*. Era già stata operata otto volte in America ed in Francia senza successo: si era cercata invano la via sopra-pubica e vaginale. Campenon con una colpocleisis soppresse lo scolo dell'orina dalla vulva, ma avvenne cistite e disturbi tali che convenne un nuovo intervento. Ricard riaprì la vulva e poi in un primo tempo ricostituì l'orificio vulvare e sbarazzò la vagina dei depositi fosfatici. La perdita di sostanza era della dimensione della moneta di un franco, i margini callosi ed inestensibili, che sfiorano in alto l'orificio del collo uterino. Introdotto un catetere nell'utero fece un'ampia incisione al davanti del collo potendo così decorticare la parete uterina in mezzo al tessuto cicatriziale circonvicino; poi, l'utero essendo sufficientemente mobilizzato, l'abbassò di 3 o 4 centimetri, ravvivò la fistola ed accollò e suturò i margini alla faccia anteriore dell'utero.

Rimase un piccolo pertugio che in tre settimane si chiuse. ROUTIER nello stesso modo operò una fistola che datava da 18 anni. Per BAZY la colpocleisis è la più detestabile delle operazioni. Anche SCHWARTZ ha collo sdoppiamento in un caso ottenuta la guarigione: avanti però dovè dilatare la vagina essendoci atresia. WALTHER ha così pure ottenuta una guarigione mancatagli con la cistotomia sopra-pubica. RICHELOT in un caso usò il processo di Braquehaye esposto all'ultimo Congresso di Chirurgia e che consiste nell'isolare attorno alla fistola un collaretto che con prudenza si disseca sino in vicinanza dei margini della fistola, e che si rabbatte s sutura. Al di sopra si riconducono i margini della superficie cruentata della

vagina e si sutura. Va posta la siringa a permanenza e la paziente tenuta in posizione laterale. MONOD dà importanza solo all'esattezza della sutura. SEGOND afferma che non bisogna fare entrare i fili nell'interno della vescica. RICARD considera il processo di Braquehaye come una varietà del metodo americano.

LOISON presenta un caso di *flemmone profondo della gamba con necrosi delle ossa del piede* in un giovane soldato ed in conseguenza di un'escoriazione. Venne fatta la tarsectomia posteriore totale ed ottenne la guarigione. DEMOULIN accenna al dubbio che si tratti di una forma rara di osteomielite; ma LOISON non lo crede a causa della fenomenologia e delle lesioni delle parti molli.

Seduta del 17 *ottobre.* — BERGER legge un rapporto su osservazioni di HUGUET e cioè *cura radicale di ernie ombelicali* state operate col processo di Le Dentu, essendo inattuabile quello di Condamin. Erano ernie di debolezza dovute a gravi fatiche in giovani. Rende conto anche di un caso di *fibro-sarcoma della parete anteriore della vagina* in una giovinetta, e di un *sarcoma della palpebra inferiore.* Per ultimo anche di un *tumore della tozza nasale* che doveva essere un epitelioma; Huguet rispettò il tavolato interno e da ciò la recidiva rapida; avrebbe Berger preferita una generosa estirpazione. RECLUS trova paradossale di non asportare completamente l'osso, malgrado che in un tumore del tavolato della bocca non abbia in tre anni veduta recidiva. Anche BERGER conosce i casi di estirpazione limitata, ma non è inclinato ad ammetterli a causa della facile recidiva.

TUFFIER riferisce su di una osservazione di CHARRIER di *cancro del colon*, pel quale, a causa di fenomeni di occlusione, fece la laparotomia laterale, ed essendo impossibile anastomizzare il colon fece l'anastomosi tra ileo ed ansa sigmoide. Rimase per qualche settimana passaggio di feci liquide. Pensa che è lodevole avere agito così anzichè creare un ano contro natura. Nell'esclusione trova degli inconvenienti. Anche QUENU difende le anastomosi che possono essere eseguite anche in individui debolissimi. BERGER è della medesima opinione. GUINARD non crede che l'esclusione debba essere completamente abbondante. A proposito della fistola cecale non può essere paragonata all'ano contro natura, perchè non è raro di vederla chiudersi solo quando l'anastomosi è fatta. LE DENTU è della stessa opinione.

PAMHET comunica un caso di *calcolo del coledoco con colecistotomia e colecistectomia.*

POTHÉRAT presenta *due cisti dermoidi delle ovaia ed un cancro dell' S iliaca.*

ROUTIER presenta un *calcolo biliare* e DEMOULIN la radiografia di una *carie secca della spalla.*

Seduta del 24 *ottobre.* — HARTMANN parla sulle *anastomosi intestinali* a proposito della relazione di Tuffier, e dice che conviene riservare il nome di esclusione dell'intestino ai casi, nei quali la porzione esclusa è obliterata sia ad una delle sue estremità sia ai suoi due capi, l'esclusione potendo essere aperta o chiusa, secondo che esiste o no una fistola stercoracea. Ora pensa che non sia utile questa esclusione per il cancro dell'intestino, pel quale basta l'entero-anastomosi laterale. Crede che non bisogni esagerare l'importanza di fare l'anastomosi laterale in punti ravvicinati, in quanto in un caso di cancro dell'S iliaca ha veduto il tumore invadere rapidamente la regione, sulla quale aveva praticata la bocca anastomotica. I re-

sultati dell'entero-anastomosi laterale sono spesso meravigliosi ed il miglioramento è tale da fare credere a guarigione. GUINARD pensa che quando si eseguе una anastomosi tra l'intestino tenue ed il colon trasverso per un cancro dell'angolo destro del colon è prudente di aprire una fistola cecale a causa della valvola ileo-cecale che può dare molestia alla circolazione retrograda del contenuto della porzione d'intestino situato al di sopra del tumore. TUFFIER è contrario alla fistolizzazione: in ogni caso ci è tempo. Rigetta sempre il bottone del Murphy. TERRIER per ciò che riguarda la esclusione per cancro dell'intestino crede che l'esclusione unilaterale possa produrre cattivi effetti e che è preferibile di ricorrere all'esclusione bilaterale con fistola stercoracea sull'ansa esclusa. HARTMANN ripete che l'esclusione senza fistola non dev'essere eseguita e questa non è l'opinione di GUINARD.

LE CLERC presenta un caso di *lussazione antica irreducibile del gomito* guarito con la riduzione cruenta im modo perfetto.

WALTHER parla sull'*asepsi operatoria* e dice che a proposito della sterilizzazione delle mani ha fatto con Widal e Ravaut una serie di esperienze. In 19 seminagioni eseguite prima dell'operazione, dopo il lavaggio delle mani, una sola volta il resultato è stato positivo. Di sei seminagioni eseguite durante l'intervento pure una sola ha dato delle culture. Dopo l'operazione tre volte le seminagioni sono rimaste sterili. Finalmente essendo state fatte delle ricerche con la pelle dell'operato il resultato è stato 5 volte negativo ed 1 positivo. Quindi la sterilizzazione è possibile con i lavaggi consueti. In quanto ai guanti di caoutchouc il principale rimprovero a fargli è la molestia che recano specialmente in alcune operazioni, come ad esempio la dissezione del sacco nell'ernia. Si usa nelle operazioni settiche. QUENU dice che non è la possibilità della disinfezione delle mani che bisogna dimostrare, ma la costanza. Ora ciò non è, tanto è vero che le ricerche degli sperimentatori hanno dimostrato che talune mani si possono disinfettare e per altre la cosa è più difficile. Non gli sembrano impossibili le critiche ai guanti, avuto riguardo ai servigi che possono rendere. Crede che la destrezza si acquisti con l'uso. In ogni modo sono raccomandabili nelle operazioni settiche.

LANNAY presenta un caso di *frattura del cranio* con depressione. MORESTIN un operato di *sarcoma del cranio* grosso come un arancio che determinava delle crisi epilettiformi e disturbi di parola.

ALBARRAN narra la storia di un caso di *tubercolosi renale e pielite tubercolare* diagnosticate al principio della loro evoluzione col cateterismo degli ureteri, curato con la nefrectomia lombare e guarito.

ROUTIER presenta un *grosso calcolo biliare* che determinava occlusione intestinale.

Seduta del 31 *ottobre* 1900. — BAZY a proposito del *cateterismo degli ureteri e della nefrectomia precoce nella tubercolosi renale* solleva due questioni: 1.° della precocità dell'intervento nella tubercolosi del rene; 2.° del valore del cateterismo degli ureteri nella diagnosi di quest'affezione. Egli non considera la nefrectomia come indicata che nei soli casi, nei quali l'affezione è accompagnata da dolori, ematurie abbondanti e ripetute o fenomeni d'infezione; ed in quanto al cateterismo degli ureteri quando gli altri metodi di esplorazione nulla danno, si mostra del pari così insufficiente, e

diventa inutile e talora pericolosa nei casi in cui i nostri mezzi consueti di diagnosi si mostrano inefficaci.

Chaput presenta un'osservazione di Véran di *aneurisma traumatico diffuso dell'arteria tibiale posteriore* in un uomo stato ferito al polpaccio della gamba destra da un paio di forbici. La ferita stretta non dette che lieve emorragia, ma l'arto aumentò subito di volume maggiore e molto doloroso, ed il paziente dovè rinunciare a camminare e stare in piedi. L'intervento fu compiuto dopo cinque giorni, legando il capo superiore dell'arteria e facendo la torsione delle vene. Tamponamento. Guarigione.

Bazy parla sulla *rottura dell'intestino per calcio* di cavallo. Dopo tre ore dell'accidente il polso, temperatura e respiro erano normali, ma la faccia pallida, il ventre duro teso, dolentissimo. Per questo laparotomizzò immediatamente ed ebbe guarigione.

Guinard parla sulla *cisti idatica del fegato* mentre presenta un uomo stato operato con l'incisione di due sacche. Non potè eseguire il capitonage ma fece la legatura dei vasi, suturò l'incisione della cisti profonda e superficiale e richiuse il ventre. Ottenne guarigione. Ricard pure in un caso ottenne la guarigione senza il capitonage e senza richiudere la sacca. Rochard crede che la condotta di Ricard sia stata ardita, e reputa prudente fare la sutura per non avere gemizii sanguigni nel ventre. Guinard appunto vide questo gemizio, ma fortunatamente aveva suturata la sacca cistica. Routier osserva che Delbet ed altri eseguono il capitonage solo eccezionalmente.

Germania.

Società Medica di Berlino.

Seduta del 17 *ottobre* 1900. — Warnekros parla sulla cura delle *fratture del mascellare* e dice che in varî casi con il soccorso del caoutschuc e del filo metallico ha potuto mantenere delle riduzioni ed ottenne poi la guarigione. Bergmann in un caso con l'apparecchio di Sauer ha ottenuti dei vantaggi. Del resto in un gran numero di fratture ha usata la sutura.

Sax presenta un *apparecchio per trasporto di malati.*

Seduta del 24 *ottobre.* — Friedmann parla sull'*estirpazione totale della glandola pituitaria* negli animali e dice che sopravvissero varî mesi per cui si può concludere che non ha grande importanza nella vita. Maas espone il manuale operatorio, e cioè incisione del velo del palato, perforazione dello sfenoide esattamente nella linea mediana, allargamento della ferita, incisione della dura madre e distacco della glandola. Crede che questo manuale operatorio possa servire nei casi di meningite. König (figlio) crede che sia opportuno nei casi di tumori della glandola.

Società di Medicina interna di Berlino.

Seduta del 15 *ottobre* 1900. Lohrestein parla sulla *reazione del secreto prostatico nella prostatite cronica e sua influenza sulla vitalità degli spermatozoi* e dice che non sono affatto attaccati.

RIVISTA DEI GIORNALI DI CHIRURGIA

Archivio di Ortopedia, fascicoli 3-4, 1900.

BAIARDI DANIELE — *Riduzione cruenta di lussazione ileo-pettinea del femore sinistro.* È un'interessante osservazione clinica, alla quale aggiunge le osservazioni di tale natura note sino ad ora.

BOSSI PIETRO. — *A proposito di un caso di arcuatura congenita sopra-malleolare della tibia.* È un caso singolarissimo e raro, per la cui correzione eseguì l'osteotomia cuneiforme della tibia e manuale del perone.

BISO DANTE. — *Di un singolare caso di lussazione ischio-iliaca antica curato col metodo di riduzione del Prof. A. Paci.* Caso clinico.

FILIPPELLO. — *Sulla cura della tubercolosi del ginocchio.* — Sono novantanove malati, i quali gli fanno patrocinare l'uso delle resezioni, per la scarsa mortalità che dànno, il piccolo numero di recidive e la durata della guarigione.

SALAGHI MARIANO. — *Malformazioni della rachide e contenuto e loro cura.* (Lavoro in corso di pubblicazione).

Archivio Italiano di Ginecologia, n. 4 agosto 1900.

NOTO — *Un caso di ciste dermoide della tromba.* È un caso clinico di grande eccezionalità.

NICOLETTI VINCENZO — *L'anestesia cocainica del midollo spinale mercè iniezione sotto-aracnoidea lombare.* Vedi Clinica Chirurgica pag. 694 del 1900.

Archivio di Otologia, Rinologia e Laringologia, fascicolo 3, ottobre 1900.

MARGARIA GIOVANNI. — *Rendiconto clinico statistico per l'anno scolastico 1899-1900.* Riguarda 854 ammalati della clinica oto-rino-laringologica di Torino.

TROMBETTA ed OSTINO. — *I sensi ed il loro compenso nei sordomuti e nei ciechi.* Conclude: 1.° che l'orientazione oggettiva dei sordomuti si mantiene quasi normale, perchè in difetto dell' udito entrano in funzione vicariante l'occhio, l'olfatto, il tatto; 2.° che l'orientazione dei ciechi si compie, malgrado l'assenza della visione, mettendo a contributo l'orecchio, l'aumentata acuità olfattiva, il tatto reso più sensibile.

HIESOW NADOLECZNY. — *Sulla fisiologia della corda del timpano.* Deduce che la corda non porta costantemente fibre tattili o dolorifiche o termiche, oppure che nei casi di diminuita sensibilità tattile nelle lesioni della corda il trigemino in qualche modo sia stato affetto, mentre la corda non contiene di solito che le fibre gustative.

GRADENIGO. — *Sopra due casi di ascesso cerebrale otitico.* Sono due storie cliniche. Un caso fu seguito da guarigione senza l'operazione. Vanta l'innocuità dell'incisione a scopo eplorativo della parete del seno sigmoideo.

FERRESI e ROSATI. — *La laringologia nella difesa sociale contro la tubercolosi.* Considerazioni igieniche importantissime.

DE CARLI DEODATO. — *Tre casi di sinusite frontale.* Casi clinici.

OLIVIER. — *Applicazione della fonetica sperimentale alla medicina.* Rivista dei principali strumenti.

Annals of Surgery, n. 4 ottobre 1900.

RAMSAY OTTO. — *La cura chirurgica della tubercolosi renale primitiva con considerazioni ai resultati immediati e remoti dopo l'operazione.* Afferma che l'intervento operativo è indicato dal fatto che si tratta di processi infiammatori semi-maligni; e può essere palliativo o radicale a seconda delle condizioni del paziente. Operazione palliativa è la nefrotomia perchè rimedia solo ai sintomi pericolosi ed immediati e non preclude la possibilità di una nefrectomia. La resezione è controindicata perchè pericolosa: la nefrectomia e la nefro-ureterostomia è attuabile nel 55,5 % di casi. È controindicata se vi sono focolai tubercolari in altri organi, nell'altro rene, nella vescica. È discutibile se si debba fare precedere la nefrotomia. Bisogna fare attenzione alle emorragie, e alle fistole uretericho.

CHARLES LANGDON GIBSON. — *Studio su mille operazioni per ostruzione intestinale acuta ed ernia gangrenata.* (Lavoro in corso di pubblicazione).

CHARLES DOWD. — *Cisti mesenterica.* Caso clinico illustrato completamente e discussione sulle varietà di cisti.

CHARLES BALDWIN LYMAN. — *Distruzione dell'omero, complicato da frattura.* Sono tre casi clinici.

HERMAN MINTER. — *Considerazioni sulla tecnica della prostatectomia e specie su di un caso.* È una storia clinica.

HUGH H. YONNY. — *Resezioni soprapubica, retrocistica, extraperitoneale delle vescicole seminali, vasi deferenti e metà della vescica.* Si trattava di un caso di tubercolosi.

JAMES ALEXANDER HUTCHISON. — *Escisione del vaso deferente destro e vescichetta seminale per tubercolosi secondaria.* Caso clinico.

CARL BECK. — *Un nuovo metodo di colpoplastica in un caso di mancanza dell'intiera vagina.* Caso clinico.

ALEXIS N. MOSCHEOWITZ. — *Tetano.* Conclude che: 1) tutte le forme di tetano sono causate dal bacillo di Nicolaier, e la diagnosi di reumatico od idiopatico è importante dal punto di vista nosologico, 2) la tossina del tetano sembra abbia affinità per i corni anteriori del midollo spinale, stati riconosciuti col metodo di Nissl, 3) il liquido cerebro-spinale del paziente tetanico è un tossico del sangue, 4) la terapia antitossinica ha un'influenza benefica nel decorso del tetano. 5) con la cura antitossinica la mortalità è ridotta nella percentualità dal 90 al 40 per cento, 6) l'uso del siero è un fattore importante nella cura del tetano, per cui non deve essere trascurata.

Revista de Chirurgie, n. 10 ottobre 1900.

Rendiconto delle Sezioni di Chirurgia e Ginecologia del XIII Congresso Internazionale di Medicina e Chirurgia a Parigi, 2-9 agosto 1900.

Revue de Chirurgie, n. 10 ottobre 1900.

TERRIER e REYMOND. — *A proposito della sutura delle ferite del cuore.* Esaminati i vari quesiti che riguardano questo problema, viene alle seguenti conclusioni: 1) Il lembo toracico a cerniera esterna sembra il più utile nella maggioranza dei casi; 2) Pare preferibile, quando è possibile, di non attaccare il pericardio attraverso la pleura, ma di respingere bensì questa al di fuori. 3) Per chiudere la ferita del cuore, il punto a sopraggitto sembra preferibile ai punti staccati; 4) Sarebbe utile di non drenare

nè la pleura, nè specialmente il pericardio: le due sierose saranno dunque chiuse completamente ciascuna volta che sarà possibile di farlo.

VILLARD EUGÉNE. — *La gastro-duodenostomia sotto-pilorica.* L'Autore crede che abbia dei vantaggi nella gastro-enterostomia comune perchè si evitano meglio i disturbi di circolo, e perchè più sollecita l'esecuzione. Però gli si rimprovera la profondità del campo operatorio e la possibilità di infezioni per lo scolo dei liquidi settici del duodeno e dello stomaco. Difetti che l'Autore non ha riscontrato in tre casi nei quali l'eseguì. La crede indicata nei casi di cicatrici da ulceri, nelle stenosi d'origine biliare; meno indicata è nelle stenosi da carcinoma e nelle ulceri in corso.

VIDAL. — *L'opoterapia enterica nell'occlusione intestinale.* In due casi gli è parso di constatare i benefici effetti dell'estratto enterico.

DE BOVIS. — *Il cancro nell'intestino crasso eccetto il retto.* Lavoro in corso di pubblicazione.

Archives Provinciales de Chirurgie n. 9 settembre 1900.

JEANNEL. — *Patologia chirurgica del duodeno.* Le conclusioni di questo lavoro dal punto di vista operativo sono le seguenti: 1) incisione sulla linea mediana dall'appendice xifoide sino al disotto dell'ombelico, 2) esame dello stomaco e del duodeno per confermare la diagnosi e localizzare l'ostacolo, 3) nel caso di malformazione perivateriana duodeno-enterostomia per un impianto, nel cul di sacco superiore, il più vicino possibile alla stenosi od all'atresia, dei due capi di un'ansa digiunale scelta il più vicino possibile al duodeno e sezionata perpendicolarmente al suo asse, 4) nel caso di deformità francamente sotto-vateriana, duodeno-enterostomia laterale o per impianto: impianto doppio di preferenza, 5) nel caso di deformità francamente sopra-vateriana, gastro-enterostomia classica preferibilmente per impianto doppio.

LAFOURCADE — *Cinque osservazioni di pseudoartrosi.* Casi clinici, nei quali la guarigione fu ottenuta con resezioni e sutura dell'osso.

DALONS. — *Di una brachidermia palmare simmetrica ereditaria e congenita.* È un'atrofia simmetrica congenita ed ereditaria. Deformità e non malattia distinta dalla retrazione dell'aponevrosi palmare, silenziosa, stabile e costituita dalla mancanza o dall'arresto di sviluppo dei tessuti cellulare e grassoso dell'ipoderma in corrispondenza delle regioni anormali.

Archives Provinciales de Chirurgie, N. 10, ottobre 1900.

JABOULAY. — *Un bottone anastomotico tenuto in posto senza sutura.* In un punto dell'orlo esterno è scavato un solco che riceve la metà del cilindro centrale. È in questo solco, che si introduce un labbro del viscere dopo punto. Quando l'apparecchio è introdotto a metà nel lume del viscere, bisogna cambiare direzione, raddrizzandolo in modo che il cilindro divenga perpendicolare alle pareti.

JEANNEL. — *Nota sulla tecnica dell'operazione di* SCROEDER. La modificazione portatavi consiste nel fare una sutura ad U od a borsa allo scopo di ricostruire il collo dell'utero.

CALOT. — *Cura locale della tubercolosi esterna.* È un capitolo del suo libro sulle malattie che si curano a Berck, le cui conclusioni sono che le tubercolosi locali sono curabili se non complicate da infezioni secondarie, che bisogna evitare. La cura consisterà nel modificare il focolaio introdu-

cendovi liquidi modificatori della tubercolosi, come l'etere, iodoformio, ed il naftolo canforato, o il cloruro di zinco.

DUYON e CHEGUT. — *Un caso di distruzione spontanea del testicolo simulante un'ernia strangolata.* Caso clinico.

GIRARD. — *Sulla cura radicale dell'ernia inguinale.* Consiste la modificazione nell'imbricare il grande obliquo (1).

Annales des Maladies des Organes Genito-Urinaires, N. 10, ottobre.

PALADINO BLANDINI. — *La tubercolosi dell'epididimo nei suoi rapporti con il modo di propagazione dei microrganismi lungo le vie dell'apparato genito-orinario.* Questo lavoro è stato eseguito nel Laboratorio del Prof. De Giaxa a Napoli, e viene a queste conclusioni: 1.° il bacillo tubercolare, come molti altri germi patogeni o no, mobili od immobili, può risalire dall'orificio uretrale sino all'epididimo ed anche al testicolo. Il contagio per mezzo del coito è dunque ammissibile. 2.° Il cammino percorso dai germi infettanti e in ragione diretta della loro virulenza; ragione per la quale l'epididimo che riceve il bacillo della tubercolosi prima del testicolo è colpito più spesso di quest'ultimo. 3° La propagazione dei germi si fa alla superficie delle mucose, e senza che i tessuti sottostanti se ne risentano. In questo modo possono spiegarsi le epididimiti blenorragiche senza deferentite, senza ricorrere come Sèbileau, all'infezione per i linfatici, ed ancora meno alla localizzazione nelle glandole seminali di una infezione divenuta generale, ma ammettendo come dimostrato ciò che supponevano Moilière e Gugagnent, cioè che il gonococco può traversare completamente le vie deferenziali verso l'epididimo, ove si moltiplica, perchè vi trova una nutrizione migliore in rapporto con la grande vascolarizzazione di questo organo. 4.° Per il bacillo della tubercolosi come per tutti gli altri germi studiati, la sola presenza del germe nell'epididimo non basta a produrre un processo infiammatorio. La congestione dell'organo interviene per la produzione del processo infiammatorio specifico. È logico di ammettere, per analogia con quello che si è dimostrato sperimentalmente per la orchite da Bacillum coli che la congestione facilita il processo tubercolare e non vi pone ostacolo. Manca, è vero, la prova diretta, ma le esperienze che sono in corso, permetteranno, lo spero, di fornirla in una prossima pubblicazione.

DELBET. — *Fistola uretero-addominale. Tentativo di uretero-cisto-neostomia. Impossibilità di innesto dell'uretere. Nefrectomia. Guarigione.* Caso clinico.

Annales de Gynecologie et d'Obstétrique, Settembre ed Ottobre 1900.

Rendiconto della Sezione di Ginecologia al Congresso Internazionale, 2-9 agosto 1900.

Centralblatt für Chirurgie, N. 40, 41, 42, 43.

HAHN. — *Il mio metodo di disinfezione delle mani.* Da prima le lava per quattro volte con acqua calda a 40°, sapone e spazzola, e poi in acqua fresca cambiata due volte. Usa poi l'alcool al sublimato per quattro minuti e quindi acqua al sublimato per poi adoperare di nuovo l'alcool al sublimato.

HEIDENHAIN. — *Notizia sulla fraise da Trapanazione del Sudeck.* Accenna di averla usata in due casi con molta utilità.

(1) Nelle ernie molto voluminose con canale ampio, pareti addominali deboli, tale imbricamento o raddoppiamento delle pareti lo faccio abitualmente. A. Ceccherelli

Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Band LVII, Heft 1-2 settembre 1900.

I. Martens. — *Contributo alle occlusioni e restringimenti intestinali.* Sono due casi. Uno in un bambino di sei giorni con ileo in conseguenza ad atresia congenita nella parte inferiore del tenue. Fu provveduto con un ano preternaturale. Morte. L'altro riguarda una giovine di 19 anni con gravissima stenosi della fine dell'ileo per retrazione cicatriziale del mesenterio e conseeutiva del lume intestinale. Venne fatta la resezione, ma con esito infausto.

II. Payr. — *Sulla riduzione cruenta delle lussazioni traumatiche e patologiche dell'anca negli adulti.* Riferisce su tre casi, e cioè uno traumatico e due patologici. Il resultato funzionale in tutti i casi fu molto soddisfacente. Egli crede che la massima parte delle lussazioni patologiche siano curabili con gli stessi metodi di quelle traumatiche. Il resultato funzionale è molto buono anche nell'articolazione rigida: molto grave è se vi è una irreducibile posizione addotta. La riduzione cruenta è specialmente per quei casi di lussazione, nei quali vi è idrope, o corpi articolari. La prognosi si aggrava se vi sono lesioni secondarie concomitanti.

III. Hirstein. — *Casuistica delle lesioni intestinali sottocutanee.* È un caso clinico. Dopo due ore dalla lesione coll'atto operativo furono trovati due lesioni di continuo dell'intestino, che vennero suturate. Nell'addome grande quantità di fecce, ed inizio di peritonite. Venne fatto il lavaggio con venti litri di soluzione salina. Malgrado una sopraggiunta pneumonite il paziente guarì completamente.

IV. Lorenz. — *Contributo casuistico allo studio della Micrognatia.* Sono nove casi di cui due congeniti. Uno di questi con altre deformità, ed uno no. Degli altri sette due avevano lesione dell'articolazione del mascellare in conseguenza di osteomielite. Gli altri cinque avevano in generale lesioni ossee dei mascellari.

V. Fischer. — *L'osteomielite traumatica purulenta del cranio.* (Lavoro in corso di pubblicazione).

VI. Wegner. — *Studio sulle fratture di rotula senza diastasi vedute con la radioscopia.* Sono tre casi, nei quali il tessuto aponevrotico contribuirà ad una buona funzione.

VII. Neck. — *Sulla emorragia da congestione per compressione del tronco* Sono due nuovi casi.

VIII. Grosse. — *Sulla cura radicale delle ernie inguinali.* Egli ha modificato il processo di Kocker. Isola il sacco al di sopra dell'anello interno del canale inguinale: lega il collo del sacco e con la porzione di seta che rimane la infila e fissa al disopra dell'anello interno alla parete addominale. Tutto il resto dell'operazione l'esegue alla Bassini.

IX. Lannenstein. — *Ematemesi dopo 13 giorni dall'operazione per ernia incarcerata.* Caso clinico.

X. Dehler. — *Emorragia del ventricolo dopo operazione della vescichetta biliare.* Caso clinico.

Arch. für Klinische Chirurgie, Band LXI Heft III.

XXVI. Conrad Rammstedt. — *Sulla rottura traumatica dell'epifisi del collo del femore e sue conseguenze.* Conclude che: 1.° i casi sino ad ora osservati dimostrano che le lesioni del collo del femore negli individui adulti come regola dànno sincondrosi; 2.° le lesioni delle epifisi sono gradual-

mente varie. Nelle lesioni totali si ha transizione tra lo spostamento e il rilasciamento della testa; 3.° nelle soluzioni di continuc si ha come per la formazione delle coxa-vara degli adolescenti, con grande spostamento della testa epifisaria con consecutiva contrattura alterazione funzionale, grave anchilosi ed anche eventuale artrite deformante.

XXVII. Jarres Sorael. — *Operazioni per calcoli renali ed ureterici* (Vedi Clinica Chirurgica Pag. 376 del 1900) (1).

XXVIII. Nicoladoni. — *Plastica del pollice e compenso organico dell'indice* (*Anticheiroplastica e Dactiloplastica*) Caso clinico importantissimo. Il lembo fu preso dal piede.

XXIX. A. Most. — *Sulla topografia ed etiologia degli ascessi glandolari retro-faringei* (Vedi Clinica Chirurgica Pag. 381 del 1900).

XXX. Crèdè. — *Dei mezzi di unione nella gastro-enterostomia* (Vedi Clinica Chirurgica Pag. 379 del 1900).

XXXI. Franz König. — *Progressi nella tecnica chirurgica delle operazioni sulle articolazioni* (Vedi Clinica Chirurgica Pag. 376 del 1900).

XXXII. E Lexer. — *Sui tumori teratoidi del cavo addominale e loro cura operativa* (Vedi Clinica Chirurgica Pag. 390 del 1900).

XXXIII. Hermann Kümmel. — *Esame delle funzioni del rene prima di operare su di esso* (Vedi Clinica Chirurgica Pag. 377 del 1900).

XXXIV. Ronosake Sudsuki. — *Sul diverticolo dell'S iliaca.* Caso clinico.

XXXV. Reichel. — *Condromatosi della cassula articolare del ginocchio* (Vedi Clinica Chirurgica Pag. 378 del 1900).

XXXVI. Hoffa. — *Cura del torcicollo muscolare con l'estirpazione parziale dello sterno-cleido mastoideo* (Vedi Clinica Chirurgica Pag. 380 del 1900).

XXXVII. Sudeck. — *Un nuovo strumento per la trapanazione del cranio.* E una *fraise* che limita la penetrazione per non ferire la meninge.

XXXVIII. Hugo Kirsch. — *Presentazione di una gamba artificiale per amputati di coscia.* È perfezionata nei suoi movimenti.

XXXIX. Heinz Wohlgemuth. — *Frattura della grande tuberosità dell'omero.* (Vedi Clinica Chirurgica Pag. 381 del 1900).

XL. Fritz König. — *Sulla tecnica della resezione del mascellare superiore.* È una modificazione del processo di Velpeau.

XLI Osservazioni del Dott. Kippel al Dott. Hehr.

Archiv. f. klinische Chirurgie, Band. LXI, Heft. IV.

XLII. Brencon. — *Sulla necrosi del pancreas* (Vedi Clinica Chirurgica, pag. 377 del 1900).

XLIII. Schanz. — *Sul raddrizzamento delle scoliosi gravi.* È partigiano degli apparecchi eseguiti in modo da correggere per quanto è possibile, le deviazioni.

XLIV. Riex. — *Eziologia delle trombo-flebiti dei seni della dura madre* (Vedi Clinica Chirurgica, pag. 380 del 1900).

XLV. — *Di una forma di frattura delle ossa per azione diretta.* Cita sei casi nei quali le fratture sono delle ossa del piede.

XLVI. Rotter. — *Dei restringimenti inflammatori del colon sigmoide e pelvico.* Sono quattro casi clinici.

XLVII. Rotter. — *Un caso di poliposi del retto e dell' intestino crasso.* E il reperto anatomico di un caso già illustrato nell'Arch. Band. 58, Heft. 2.

XLVIII. A. Bergmann. — *Sulla diagnosi e cura delle occlusioni intestinali.*

(1) Questa e tutte le altre memorie formano parte delle Comunicazioni al Congresso tedesco di Chirurgia.

Fa la storia di una serie di casi che furono osservati in varie condizioni e con varietà diverse di occlusione; e nei quali solo nel 25 % fu ottenuta la guarigione con l'operazione.

XLIX, FRENDENBERG. — *Statistica e tecnica dell'operazione di Bottini nell'ipertrofia prostatica* (Vedi Clinica Chirurgica, pag. 378 del 1900),

L. MANGOLDT. — *Cura di restringimento della laringe con l'impianto di frammento di cartilagine costale* (Vedi Clinica Chirurgica, pag. 376 del 1900).

LI. AUGERER. — *Sulle rotture sottocutanee dell'intestino e loro cura operatoria* (Vedi Clinica Clirurgica, pag, 378 del 1900.

LII. EISELSBERG. — *Sostituzione dell'indice della mano sinistra col secondo dito del piede* (Vedi Clinica Chirurgica pag. 378 del 1900.

LIII. FRIEDRICH. — *Patologia chirurgica dell' omento e mesenterio* (Vedi Clinica Chirurgica, pag. 380 del 1900).

LIV. RFHN. — *Appunti sulla tecnica delle operazioni sul retto* (Vedi Clinica Chirurgica, pag. 375 del 1900).

LV. SPRENGEL. — *Cisti congenite della parete intestinale come causa di invaginamento* (Vedi Clinica Chirurgica, pag. 380, 1900.

LVI. AUSOHÜTZ. — *Sulla cura dell'estrofia di vescica con plastica del tenue nella mucosa vescicale* (Vedi Clinica Chirurgica, pag. 377, 1900).

Beiträge zur klinische Chirurgie, vol. 27, fasc. 1.°

I. CULHMSKY — *Nuovi esperimenti sopra la gastroenterostomia* (Della Clinica Chirurgica di Breslavia, prof. Mikulicz). L'articolo continua col prossimo numero: ci riserbiamo la recenzione.

II. LÖOS. — *Per la statistica dei carcinomi delle labbra sulla base di 565 casi* (Della clinica del prof. Bruns, Tübingen). L'A. colla sua numerosa statistica arriva a conclusioni importanti, tra cui, che i carcinomi del labbro inferiore sono 17 volte più frequenti del labbro superiore, che di cancro alle labbra ammalino gli uomini 6 volte più che le donne.

Che l'età propizia a tale affezione è circa i 60 anni.

Che una speciale disposizione ad ammalare di cancro alle labbra, allo infuori dei contadini e dei fumatori di pipa, non è apparsa nella statistica.

Che la infiltrazione carcinomatosa delle ghiandole incomincia da tre a sei mesi dopo quella locale. La recidiva degli operati al labbro inferiore si ebbe il 33 %. La mortalità della operazione del cancro al labbro inferiore fu negli anni 1843-1885 del 4,2 %, pei 1875-1898 del 0,4 %.

III. HOUSELL. — *Ricerche cliniche e sperimentali sopra l'impiego dell'acqua ossigenata in chirurgia* (Dalla Clinica Chirurgica di Tubinga, prof. Bruns). Per le sue ricerche l'A. ha constatato che l'$H^2 O^2$ usata al 3 % e mescolata al sangue fresco e defibrinato lo purga degli elementi esterni e degli infusori, ove ne contenga. Le iniezioni sottocutanee o peritoneali dànno la morte. Se la dose è troppo forte per l'uso esterno al 3% non si ebbero mai a constatare gravi inconvenienti. Per la pratica segue che le iniezioni al tre per cento in piccola quantità possono essere usate nella cavità chiusa del corpo.

L'$H^2 O.^2$ ha una benevola influenza sul decorso dei processi purulenti e granulosi.

Usato sopra le ferite fresche delle operazioni esso non provoca alcuna locale o generale reazione nervosa.

IV. Suckstorff. — *Linfangioma della bocca con formazione di membrane crupali* (Dalla Clinica Chirurgica di Rostock). L'A. crede poter concludere che i linfangiomi della cavità boccale dispongono molto facilmente alle recidive inflammatorie (la infezione decorre per via linfatica) e delle tre forme in cui si presenta il linfangioma, specialmente di forma infiammatoria. La formazione di membrane dipende verosimilmente da una coagulazione della linfa, che nell'accesso infiammatorio si vuota alla superficie della mucosa.

V. Jacobsthal. — *Per la istologia della sutura delle arterie* (Dalla Clinica Chirurgica di Rostock, prof. Garrè). Lo spazio più o meno grande della ferita è riempito da ammasso di sangue e fibrina che si estende anche ai tessuti perivascolari. Si sviluppa poscia una neoformazione endoteliale manifestantesi già nei primi giorni, circonda i corpi stranieri e fuoriesce dai lume.

Tosto incomincia una intensiva neoformazione di connettivo e di vasi nell'aventizia, e piccola estensione anche nella media, che entra nelle masse di fibrina e le organizza. Così si opera una proliferazione cellulare endo-meso-e peri-arteritica. A poco a poco si compie un processo di metamorfosi regressiva per cui le cellule si fanno povere di protoplasma, mentre fra di esse si interpone tessuto fibroso, e specialmente nella media ed avventizia collageno connettivo, mentre nell' interna si riproduce una specie di nuovo elastico. Soltanto la neoformazione di fibre muscolari l'A. non potè osservare nel processo di saldatura della arteria.

VI. Lobstein. — *Le operazioni dei calcoli vescicali nella clinica di Czerny negli ultimi 20 anni.* (Heidelberg). In complesso si operarono 25 casi col taglio mediano, 28 col taglio alto, 27 casi colla frattura del calcolo, con una mortalità di 6 casi sopra 73 pazienti. Seguono tutti i casi operati.

VII. Lobstein. — *I reni mobili e le idronefrosi* (Della clinica di Heidelberg, prof. Czerny) I casi di rene mobile dal 1883 operati in questa clinica furono 23, quelli di idronefrosi 11. Segue la storia di ciascun caso e precede l'esposizione del metodo operativo impiegato.

Beiträge zur klinische Chirurgie, vol. 27, fasc. 2.°

VIII. Chlumsky. — *Nuove ricerche sopra la gastroenterostomia* (Clinica di Breslavia, prof. Mikulicz). Continuazione.

IX. Hämig. — *Sopra l'embolia grassa del cervello* (Da osservazioni cliniche della Clinica Chirurgica di Zurigo, prof. Krönlein). Se furono gia de-descritti numerosi casi di embolia grassosa del punto di vista anatomo-patologico, dal punto di vista clinico la questione non fu ancora per bene studiata, onde la ragione di questo studio. L'A. ne esamina 5 casi studiati nella clinica del Krönlein, traccia le linee generali della diagnosi differenziale fra le paralisi da embolia grassa e da fratture dirette sul cranio, e consiglia l' intervento operativo.

X. Schulz. — *Nuovi studi sopra le affezioni traumatiche della colonna vertebrale (spondilite traumatica).* Ospedale di Amburgo, Epfendors, prof. Kümmell. Dopo aver descritto minutamente le affezioni traumatiche del rachide egli consiglia come cura il riposo al principio della lesione, ma se capitano ammalati al terzo stadio della malattia allora occorre la cura meccanica (apparato di sostegno, corsetto) unico valevole.

XI. Christen. — *Contributo alla statistica e al trattamento operativo del cancro-rettale* (Clinica Chirurgica di Zurigo, prof. Krönlein). L'A. descrive minutamente i casi di carcinoma anale curati nella clinica del Krönlein, ed espone gli esiti.

Dal 1881 al 1899 in detta clinica furono operati 46 estirpazioni del retto per carcinoma, colla mortalità del 8,6 %, la guarigione duratura del 20 %, la continenza completa del 45,4 %, e la continenza relativa del 40,9 %.

E l'A. ha ragione di essere contento e rallegrarsi dell'esito ottenuto.

XII. Krause. — *Un Klemmer per anastomosi* (Ospedale di Altona, rep. chirurgico, prof. Krause). L'A. presenta un nuovo Klemmer di cui dà la descrizione e la figura nel testo, e che raccomanda nel trattamento delle ernie gangrenate

XIII. Kaposi. *Un caso di tetano 5 anni dopo la lesione* (Dalla Clin. Chir. di Heidelberga, prof. Czerny). Semplice descrizione del caso.

XIV. Domela Rienrenpius. — *Sopra la chirurgia retrobulbare dell' orbita.* (Dalla Clin. Chir. di Zurigo. prof. Krönlein) (In pubblicazione.

Beiträge zur Klinischen Chirurgie vol. 27° fascicolo 3.°

XV. Veiel. — *Sulla operazione radicale dei diverticoli esofagei* (della Clinica Chir. di Tubinga p. Bruns). Nei casi leggieri ha buon esito il continuato uso della sonda: in casi gravi, quando è impedita l'introduzione del cibo nello stomaco, è da consigliarsi l'operazione sotto forma dell'estirpazione cruenta del diverticolo.

XVI. Völcker. — *Cauterizzazione col cloruro di zinco nei tumori inoperabili.* (Clin. Chir. di Èidelberga prof. Czerny). L'A. espone molti casi da lui operati con tale mezzo, e ne conchiude che dopo i resultati ottenuti dobbiamo adoperare la cauterizzazione col cloruro di zinco come l'ultimo mezzo di cura per quei tumori per cui non è possibile una esatta estirpazione.

XVII. Donnel-Nieuxenhuis. — *Sulla chirurgia retrobulbare dell' orbita* (Dalla Clinica Chirurgica di Zurigo. prof Krönlein). È un lavoro accurato, completo, ricco di dati sperimentali e casi clinici e di buone incisioni. Ne daremo qualche conclusione:

Nel trattamento chirurgico di una affezione retrobulbare, quando il bulbo è sano non deve essere sacrificato, o almeno molto eccezionalmente.

La operazione di Krönlein è assolutamente senza pericolo. Il duraturo mantenimento del bulbo sano viene per essa del tutto assicurato. Il nutrimento del bulbo, in seguito alla operazione di Krönlein, si effettua per mezzo dei vasi ciliari esterni.

XVIII. Lotheissen. — *Sul trattamento della pseudo-artrosi colla osteoplastica.* (Cl. Chir. di Innsbruck prof. Hacker). Dopo una serie di casi così operati l'A. conclude appoggiando l'osteoplastica in tali casi, per cui si può ovviare all'accorciamento delle ossa.

XIX. Zuppinger. — *Sulle fratture da torsione, in ispecie del mascellare inferiore.* (Cl. Chir. di Zurigo, prof. Krönlein). L'A. cerca studiare teoricamente e praticamente il modo di formarsi di tali fratture, venendo a conclusioni di nessuna utilità per la pratica.

XX. Hoehne. — *Per la conoscenza delle cisti della tromba e del parovario* (Cl. Chir. di Rostock, prof. Garrè). È una semplice relazione sopra un caso clinico.

Beiträge zur klinischen Chirurgie, Band XXVIII, Heft. I.

I. Rothschild Otto. — *Sulla miosite ossificante traumatica.* Riferisce su due casi. In tutto sono ventitre di cui 10 del quadricipite femorale, 7 del

muscolo brachiale anteriore, 2 del bicipite e due del psoas iliaco. Descritta la patologia di questi processi morbosi accenna che nei suoi due casi diagnosticati anche con i raggi Röntgen, le masse erano del brachiale interno e del tendine d'Achille, e vennero escise riportando guarigione.

II. O Manz. — *Ricerche sulla scoliosi del collo del femore.* Sono questi i casi di coxa-vara, nei quali la posizione dell'arto è l'abduzione e cassula e ligamenti si trovano nelle condizioni per mantenere questa posizione viziata. Cita le osservazioni di 68 casi, di cui 20 a destra e 48 a sinistra.

III. E. Ehrich. — *Cliniche ed anatomiche ricerche sul morbo di Basedow.* Riporta una serie di casi, nei quali fu fatta l'estirpazione. Cita le alterazioni anatomiche e più specialmente i cambiamenti nei vari organi ed in particolare quelle vasali e dei nervi che sono destinati ai vasi. Ritiene lo struma un fenomeno secondario.

IV. Viktor Lieblein. — *Sulla cura con l'ioduro di potassio nell'actinomicosi dell'uomo.* Come Zervinka, Pruz ed altri non ritiene questo un mezzo specifico, ma un potente mezzo per ottenere la guarigione.

In letteratura sono rari i casi che si possono citare. Il principio della cura è che più è lunga e meglio è, per cui deve continuarsi per varî mesi, in modo da prendersene dai 100 ai 300 grammi. Il Woelfler comincia dagli 1-2 gr. e giunge ai 3-5. Sulla parte pone delle compresse bagnate pure in soluzione al 10 $^0/_0$ di ioduro di potassio, e se incide degli accessi tampona nella stesso modo. Così le cicatrici hanno un bell'aspetto.

V. Willy Anschütz. — *Studio sull'avvelenamento da jodoformio.* Facendo delle iniezioni di 100 cmc. di glicerina jodoformica il 20 $^0/_0$ si ha apatia, sopore, fistole al naso, ecc. Comparvero fenomeni d'intossicazione due volte dopo che precedentemente erano stati iniettati 80-90 gr. di glicerina iodoformica in ascessi, senza danno. Crede che la sola cachessia agevoli l'avvelenamento e l'uso di forti dosi di glicerina ed iodoformio.

VI. Langemak. — *Casistica del lipoma dell'intestino.* Descrive un caso in un uomo di 57 anni, vicino alla valvola ileo-cecale e nel quale vi era invaginazione ileo-colica. Guarì con la resezione.

VII. Johanna Guraning. *Ricerche cliniche sulla narcosi coll'etere.* Nella Clinica di Krönlein mezz'ora prima si fa un'iniezione di 1-1 $^1/_2$ centigr. di morfina. Adopera nella narcosi la maschera del Julliard. Sono controindicazioni le lesioni del fegato, la bronchite e l'enfisema.

RASSEGNA DELLA STAMPA

Manega Umberto. — *Sull'anestesia midollare cocainica alla Bier* (La Riforma Medica, n. 235-336, 1900). Nell'Ospedale Civile di Osimo ha usata l'anestesia cocainica in trenta casi. Dopo 4-7 minuti dall'iniezione ha cominciato sempre il paziente ad accusare un senso di formicolìo ai piedi che veniva estendendosi alle gambe. In un solo caso dovè ricorrere al cloroformio. Adopera una soluzione al due per cento, e prima la fa bollire a bagno maria: la usa a temperatura di 38°. Inietta per circa 19 a 20 milligrammi di cocaina. Mai ebbe fenomeni allarmanti.

Sorrentino Francesco. — *Ricerche sperimentali sulla formazione del callo osseo* (L'arte Medica, N. 42). Dalle sue ricerche conclude: 1.° che il tessuto cartilagineo ha grande posto nella formazione del callo nelle fratture sottocutanee; 2.° che nelle fratture con spostamento dei frammenti gli elementi cartilaginei compariscono dopo otti giorni, e persistono fino ai 21 giorni; 2.° nelle fratture con minimo o nessuno spostamento, il tessuto cartilagineo comparisce dopo otto giorni dalla frattura e si trova completamente scomparso al 15° giorno; 4.° il tessuto cartilagineo nella formazione del callo è generato quasi esclusivamente dallo strato profondo del periostio, come si osserva molto chiaramente nelle fratture sottoperiostee.

Montini. — *Contributo alla cura delle lesioni trofiche col metodo Chipault* (Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche, N. 129). In questo caso, riguardante una giovine di 18 anni, si trattava di edema da alterato trofismo vaso-motore dell'arto superiore, e che guarì con la distensione del nervo mediano.

Pascale. — *La decorticazione del polmone* (Gazzetta Internazionale di Medicina Pratica, N. 18). È un contributo alla patogenesi e terapia dell'empiema cronico. Crede che la decorticazione sia controindicata: 1.° nelle forme di pleurite fibrosa, in cui il processo si continua col connettivo interstiziale del polmone 2° In quella forma di empiemi tubercolari semplici in cui non vi è notevole alterazione della pleura, e che migliorano ed anche guariscono con altri processi più semplici come la tubercolosi delle altre sierose; 3.° nei veri empiemi cronici tubercolari con ulcerazione ed infiltrazione sottostanti. Questi casi anzi sono aggravati dall'intervento e soccombono rapidamente; 4.° un'ultima controindicazione può essere data dalle condizioni dell'infermo, trattandosi sempre di un atto operativo di una certa entità, che richiede parecchio tempo e quindi una certa resistenza organica da parte dell'individuo. Cita sei casi personali, nei quali ottenne guarigione o miglioramenti notevolissimi.

Parascandolo Carlo. — *Su alcune forme di neoplasmi del polmone dal punto di vista chirurgico* (Morgagni, N. 10, ottobre 1900). Rende conto dei casi noti nella letteratura, che sono trentotto; ed avverte che i disturbi del respiro e del polso sono in rapporto con la grandezza dell'apertura e del tempo che è rimasta aperta.

Roncali. — *Sopra un caso di epitelioma della mammella del maschio* (Supplemento al Policlinico, N. 50, 1900). È un caso abbastanza raro, ed interessante anche perchè nella diagnosi tutto deponeva per un sarcoma. La diagnosi di epitelioma però veniva formulata dal Durante, guidandosi sugli ingorghi glandolari ascellari e dal volume assunto dal tempo del suo inizio fino al giorno dell'operazione. Secondo lo Schulten (Beiträge zur Klinische Chirurgie 1887) l'epitelioma mammario nella donna è nella proporzione del 98,6 %; e nell'uomo dell'1,37 %. Per il Williams (The Lancet, 1887) sarebbe dell'1,04 %.

Longo Nicola. — *Dodici laparatomie per trauma* (L'Arte Medica, N. 41, 1900. Sono dodici storie cliniche, dalle quali si rileva che solo in quattro casi avvenne la morte.

Lupò Pietro. — *Un caso di sventramento* (Gazzetta Internazionale di Medicina Pratica, N. 18). Era una lunghissima breccia, consecutiva a parti ripetuti. Il Lupò cruentò i retti e li suturò fra loro, ottenendo guarigione.

Del Vecchio. — *Contribuzione sperimentale alla cura ed al processo di guarigione delle ferite dell'esofago* (Giornale dell'Associazione Napoletana dei Medici e Naturalisti. Anno X, Puntata 3.ª). Egli vide che la guarigione per le ferite longitudinali avveniva in 8-10 giorni, e quelle trasversali in giorni 10 se piccole e 20 giorni per le resezioni circonferenziali. Risulterebbe che la sutura a strati della mucosa e della muscolare permette, quando le pareti esofagee non sieno alterate, un regolare processo di guarigione per prima intenzione.

Cavazzani Guido. — *Estirpazione della porzione media del duodeno sarcomatoso* (Riforma Medica n. 247, 248, 249). È l'importante storia clinica di un caso di sarcoma melanotico. La clinica per ora non accenna che qualche escisione di margini esulcerati (Lennander, Schwartz, Dean, Landerer), qualche sutura di perforazione, qualche duodenotomia esplorativa e radicale per asportare calcoli incuneati nell'ampolla o nel coledoco (Mor, Bandoin, Mac-Durney, Terrier, Pozzi, Zocher) e di qualche vegetazione poliposa. Il Nanach non potè ultimare la sutura a causa delle difficoltà incontrate. Anche i semplici interventi limitati nelle ulcerazioni duodenali perforate si limitano a ripieghi, ed i resultati sono poco soddisfacenti. La estirpazione di un cancro duodenale non sarebbe stata mai fatta. Il Cavazzani colla sua estirpazione dimostra la possibilità di un tale atto operativo, malgrado l'esito infausto.

Berti Giovanni. — *Di un adenoma cistico dell'intestino tenue trovato in una bimba di 30 giorni* (Bollettino delle Scienze Mediche, ottobre 1900). È una interessante storia clinica, in quanto sarebbe caso unico come cisti dell'intestino, e rarissimo poi il fatto di cisti nell'addome dei bambini della prima età. Ci era poi anche la particolarità che come adenoma, oltre ad avere la forma sessile, tendeva a crescere verso il cavo peritoneale e non verso il lume dell'intestino.

Casurio Rosario. — *Ricerche sperimentali sulla etiologia e patogenesi dell'appendicite* (Giornale dell'Associazione Napoletana dei Medici e Naturalisti, Anno X, Puntata 4.ª, 1900). Dagli esperimenti conclude: 1.° che la cavità chiusa di Dieulafoy può avere solo un'importanza accessoria nella patogenesi dell'appendicite; 2.° che l'alterazione della parete appendicolare da sola non è sufficiente per lo sviluppo dell'appendicite; 3.° che per i cani non è sufficiente la sola virulenza aumentata del bacillum coli; 4.° che la associazione batterica nei cani sia la causa più probabile dello sviluppo dell'appendicite. Non determina però quali batterî siano di ciò capaci essendo a ciò necessarî nuovi esperimenti.

Jorfida. — *Due isterectomie totali vaginali per infezione puerperale* (Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche, n. 126). Sono due casi che dimostrerebbero l'utilità di questo intervento, ancora discusso dagli ostetrici e ginecologi.

Antonelli Italo. — *Contributo alla cura operatoria delle retroposizioni e dei prolassi dell'utero* (Dalla Rivista Veneta delle Scienze Mediche). Dopo di avere riassunto lo stato attuale del quesito egli descrive un nuovo processo di isteropessi addominale che tende: 1.° a fare aderire superficialmente le sole sierose del peritoneo, quella, cioè, della parete anteriore dell'utero, limitatamente da una linea orizzontale tirata fra le origini viscerali di detti legamenti rotondi al cul di sacco vescico-uterino, con quella

corrispondente della parete anteriore dell'addome; 2.° di accorciare intraperitonealmente, con una nuova maniera, i legamenti rotondi; 3.° di fissare validamente e stabilmente, pure con metodo nuovo, il corpo uterino alle pareti addominali. Nel primo tempo apre l'addome; nel secondo stira in alto l'utero e libera i legamenti rotondi; nel terzo fissa con un punto il moncone inguinale dei legamenti rotondi alla corrispondente parete laterale dell'utero subito sotto la normale radice di detto legamento avendo cura di fare affrontare la sua superficie trasversalmente cruentata con la superficie del corpo uterino scoperta dal rivestimento peritoneale in seguito alla limitata parziale rimozione di legamento largo. Nel quarto tempo si ricuce il peritoneo e si chiude il ventre.

Jorfida. — *Sulla tubercolosi primitiva della vagina e sopra un caso guarito con la cura chirurgica.* (Riforma Medica n. 240, 241, 242). Fa la storia di quest'affezione, riportandone un caso. Afferma che sotto forma diffusa e secondaria la prognosi è infausta, mentre non lo è del pari negli altri casi nei quali il chirurgo intervenendo può assicurare una guarigione completa.

Morelli Pasquale. — *L'epicistotomia nella donna.* (Giornale Internazionale delle Scienze Mediche n. 18). È una proposta che l'Autore fa, e cioè di riempire la vescica, perchè a questo dà una grande importanza; e crede che nella donna si possa ottenere con uno dei cateteri De Pezzer, che portano all'estremità vescicale un doppio disco forato nel centro, che dà al becco dell'istrumento la forma di un cappello di fungo.

Zagato Francesco. — *Estrofia della vescica.* (Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche n. 129). Ne descrive un caso nel quale non si ricorse ad alcuna operazione.

Longuet. — *Della cura radicale dell'idrocele col rovesciamento della vaginale.* (Presse Medicale n. 90). È un nuovo processo il quale conduce l'A., a conchiudere che: 1.° il metodo dell'inversione o di Vautrin e Jaubolay, eseguito sino ad ora col rovesciamento fibro-vaginale dopo decorticazione sotto-sierosa ed emostasi, realizza un progresso sull'escisione totale, ma il metodo si realizza molto più semplicemente ancora col processo del rovesciamento totale, cellulo-fibro-vaginale, senza alcuna decorticazione e senza emostasi, 2.° è un processo regolarizzato e semplice, 3.° negli idroceli voluminosissimi può essere combinato con l'escisione parziale ed occorre allora una tecnica speciale, 4.° le indicazioni sono per tutti gli idroceli, 5.° i resultati sono ottimi come per l'escisione totale.

Noce Stefano. — *La cura chirurgica del piede destro equino-varo.* (Morgagni n. 10 ottobre 1900) Caso clinico nel quale fece la tenotomia del tendine d'Achille a cielo scoperto e la resezione dell'aponevrosi plantare in ambedue i piedi.

BIBLIOGRAFIA

De Paoli Erasmo. — *Della alterazione cistica diffusa e del cistadenoma della mammella*. Perugia, 1900. È un contributo di Patologia Chirurgica del Patologo di Perugia su questa affezione non ancora completamente e ben studiata, dopo la descrizione che per il primo ne dette il Reclus. Alle sei osservazioni personali il De Paoli ne aggiunse altre, che Egli esamina accuratamente al microscopio, per ammettere che la distensione meccanica degli acini e dei dotti per parte del secreto ammalato esercita un'influenza sulla origine e sulla forma di una parte della cisti, ma che le loro vere cause efficienti sono la proliferazione epiteliale e la neoformazione del connettivo. Fa notare la coesistenza possibile della proliferazione adenomatosa con cisti e l'altra di neoplasia cancerosa senza però riconoscerne i rapporti esistenti fra l'uno e l'altro. Le lesioni istologiche di questo interessante lavoro sono dimostrate da tavole litografiche bellissime.

A. Ceccherelli.

Pomara Domenico. — *La chirurgia dell'addome*. Messina, Tipografia Toscano, 1900. Il Pomara nel suo libro si occupa in principale modo delle indicazioni e controindicazioni alla Laparotomia nelle varie operazioni. Parla in parte per propria esperienza ed in parte raccogliendo le opinioni dei varî chirurghi e commentandole. A. Ceccherelli.

Buccheri Rosario. — *Estrofia della vescica*. Palermo 1900. L'avere potuto osservare due casi, ed operarne uno alla Maydl ha dato occasione al Buccheri di svolgere questo argomento in modo esteso. E specialmente il capitolo della medicina operatoria che l'Autore ha cercato di esporre con i maggiori particolari, illustrando e descrivendo i molteplici processi operatori che per quest'affezione sono stati proposti. E un lavoro interessante e che merita di essere consultato. A. Ceccherelli.

Calot. — *Les maladies qu' on soigne a Berck sur Mer*, Masson, Paris 1900. E un libro interessantissimo che riguarda le tubercolosi esterne. Si comprende benissimo ciò che ha voluto provare l'A. se si meditano questi due assiomi che ha posti in principio del suo libro « Nelle tubercolosi chiuse è sicura la guarigione. Aprire le tubercolosi o lasciarle aprire equivale ad aprire una porta, per la quale troppo spesso entrerà la morte ». Il compito del chirurgo dovrebbe essere quindi: 1.° guarire il malato, estinguere il focolaio bacillare: ed il miglior mezzo per arrivarvi è di conservarlo chiuso per evitare qualunque infezione secondaria, essendo questa molto a temersi nell'evoluzione delle tubercolosi. Convengono quindi le iniezioni di liquidi modificatori; 2.° guarire il paziente senza infermità, produrre una guarigione integrale se si può, cioè, per quanto è possibile, la guarigione delle adeniti cervicali senza cicatrici, dei tumori bianchi senza impotenza funzionale, dei mali di Pott senza gibbosità, delle coxalgie senza zoppicamenti apprezzabili.

Si occupa poi anche delle malattie non tubercolari, come la lussazione congenita dell'anca, le deformità, il rachitismo. A. Ceccherelli.

Boutigny. — *Tableaux synoptiques d'Anatomie topographique et chirurgicale* J. B Bailliere et fils, Paris 1900. È questo un altro dei volumi della Collezione Villeroy, nel quale in quadri sinottici molto giudiziosamente compilati è riassunta l'anatomia topografica. È ormai ammesso da tutti che alla descrizione di organi, di visceri, deve susseguire lo studio dei rapporti che questi hanno fra loro: all'analisi deve susseguire la sintesi. Questo costituisce appunto l'anatomia topografica in rapporto all'anatomia de-

scrittiva: ed il riassumere tutto ciò in quadri in modo che di un tratto si possa richiamare alla mente quello che appartiene ad una data regione è di una utilità incontestabile. È quello che ha fatto il Boutygny molto lodevolmente. A. CECCHERELLI.

PAUCHET. — *Chirurgie des Voies Biliaires*. J. Baillierè, Paris 1900. È un altro volume della raccolta delle Actualites Médicales; interessante monografia che prende in considerazione le malattie dell'apparato biliare, e più che tutte le varie operazioni che vi si possono compiere. È troppo noto che questo ramo della chirurgia è importante e nuovo e che ancora non è stata detta l'ultima parola in proposito; e quindi si comprende come uno studio su tale argomento non poteva che essere di grande interesse per il chirurgo, specialmente se trattato con abilità, come ha fatto il Pauchet.
A. CECCHERELLI.

BAILLIÈRE J. B. — *Catalogue géneral de Livres des Sciènces*, Paris (È il catalogo di 500 volumi, con un repertorio particolareggiato delle materie. E utilissimo perchè costituisce di per sè stesso una bibliografia).

Trattato Italiano di Chirurgia Vol. VI. — *Malattie degli Arti e loro cura*, Parte I. *Arti Superiori*. CATERINA ATTILIO. — *Malattie del braccio, gomito. avambraccio e mano*. Fascicoli 39 e 40. Casa Vallardi, Milano 1900.

GIANNETTASIO NICOLA. — *Contributo alla fisiopatologia del fegato*. (Dal Policlinico). Vedi Clinica Chirurgica, pag. 900.

ALBERTONI e CORONEDI. — *Addizioni alla Farmacopea del Cantani*. Fascicoli 11-12. Casa Vallardi, Milano 1900.

SAHLI. — *Manuale dei metodi di esami clinici*. Fascicoli 11. Casa Vallardi, Milano 1900.

EULENBURG. — *Dizionario Enciclopedico di Medicina e Chirurgia*. Fascicoli 323 e 324. Pasquale e Vallardi, Napoli e Milano 1900.

TILLMANNS — *Trattato di Patologia generale e speciale Chirurgica*, Vol. III. Puntata VI. Vallardi, 1900.

Dizionario pratico illustrato delle Scienze Mediche. Fascicolo 16 Casa Vallardi, Milano 1900.

NIMIER e LAVAL. — *De l'infection en chirurgie d'armeé. Evolution des Blessures de guerre*. Felix Alcan. Paris 1900. (Vedi Argomento del Giorno pagina 1011.

AIELLO ABELE — *Sulla tubercolosi primitiva del collo dell'utero*. (Dalla Riforma Medica). Vedi Clinica Chirurgica, Pag. 910.

TUSINI GIUSEPPE. — *Sopra alcuni casi di echinococco del fegato e della milza*. Pisa, Tipografia Mariotti 1900. Rende conto di tre casi di cisti da echinococco del fegato ed uno della milza da lui operati. La prima osservazione di echinococco del fegato è interessante, perchè colla dilatazione del tramite fistoloso, il vuotamento e lo zaffamento della cavità epatica ottenne la guarigione. Ma essendoci anche echinococchi della milza fece la laparotomia e la pericistio-splenostomia alla Sänger-Bardeleben, ma avvenne morte al quindicesimo giorno per tetano. In un altro caso di echinococco del fegato colla laparo-epatomia alla Sänger Bardeleben ebbe guarigione alla pari del terzo caso, nel quale il medesimo resultato fu ottenuto con la cura Baccelli. Nell'ultimo caso invece la guarigione venne guadagnata con la laparo-epatomia, sutura della periciste e dei margini epatici e splenico alle pareti addominali).

TUSINI GIUSEPPE. — *Di una poliadenopatia cronica morvosa a decorso clinico del morbo di Kodgkin*. Pisa Tipografia Mariotti 1900. (È la descrizione minuta di un caso importantissimo con relativi esperimenti eseguiti nel Laboratorio del Prof. Di Vestea a Pisa e nel quale è di grande interesse il fatto che le lesioni anatomiche trovate nelle glandole corrispondevano a quelle della morva e del linfoma maligno).

Clivio Camillo. — *Note Cliniche Statistiche* (anno 1899) dell'Ospedale di Montecchio Emilia, 1900.

Dasara Cao Domenico. — *L'iperdilatatore della vagina,* Sassari 1900. Questo dilatatore facilmente sterilizzabile ha il vantaggio di dilatare lentamente, prontamente, ugualmente, in vario senso e ad un grado massimo.

Fuoco Pasquale. — *L'Insegnamento e la pratica della Chirurgia in America.* Napoli.

Guidone Prospero. — *Considerazioni sperimentali e cliniche sulla faringotomia subioidea.* (Dalla Gazzetta internazionale di Medicina Pratica, Napoli 1899).

Guidone Prospero. — *Contributo storico-clinico alle Resezioni,* Napoli 1900 (Sono alcune storie cliniche importanti con commenti bene fatti ed opportuni)

Guidone Prospero — *Alcune legature di vasi per ferite* (Dalla Gazzetta Internazionale di Medicina Pratica, Napoli 1900). È sostenitore della legatura dei vasi come mezzo emostatico.

Guidone Prospero — *Mielestomia e mielorrafia* (Dall'Arte Medica 1900). È una nota clinica, anatomo-patologica e sperimentale che ha il punto di partenza da un caso clinico. Conclude che la semplice meningorrafia circolare non ristabilisce punto la continuità della sostanza nervosa, e però non si può nè si deve ripromettere alcuna *restitutio ad integrum.*

Guidone Prospero. — *Un nuovo processo per iscoprire i ventricoli del cuore* (Dalla Gazzetta internazionale di Medicina Pratica), Napoli 1900) Vedi Clinica Chirurgica Pag. 403 del 1900.

Antonelli Italo. — *Studi e proposte sul riordinamento dello spedale di Grosseto,* Grosseto 1900.

Antonelli Italo. — *Contributo alla cura operativa delle retroposizioni e dei prolassi dell'utero.* Dalla Rivista Veneta delle Scienze Mediche 1900, (Vedi Rassegna della Stampa pag. 1036.

Cavazzani Tito. — *Resoconto del Servizio Chirurgico dell' Ospitale Civile di Sandrico,* Venezia 1900). Questo resoconto pubblicato nella Rivista Veneta di Scienze Mediche comprende 137 operazioni, con soli quattro morti, ma nessuno per conseguenza immediata o lontana dall'operazione, sebbene fra queste ve ne sieno delle importantissime e gravi.

Carbonelli Giovanni — *Rendiconto Clinico degli anni 1889-1899* (È il Rediconto della R.ª Maternità di Torino, della quale il Carbonelli è l'Ostetrico Capo e comprende 1212 parti con 425 operazioni ed il 0,83 °/₀ di mortalità).

CRONACA.

È morto a New-York Alberto Sayre nell'età di 82 anni. Il suo nome è troppo noto quale uno dei fondatori dell'Ortopedia. Fino dal 1852 fu nominato chirurgo all'Ospedale di Bellevue, e poi nel 1859 a quello della Charity. Il suo classico lavoro *Sulla chirurgia spinale,* e l'altro *Sulle malattie delle articolazioni* sono due monumenti che rimarranno a suo onore.

Prof. ANDREA CECCHERELLI, *Direttore* — Parma, Strada Vittorio Emanuele, 186

MISSAGLIA GIUSEPPE, *gerente responsabile.*

Stab. Tipo-Lit. della Casa Editrice Dott. Francesco Vallardi, Corso Magenta, 48 — Milano.

IL METODO PRERETTALE DEL NÉLATON

NELLA CISTOTOMIA

ed in altri atti operativi sugli organi genito-urinari

PER IL

Dottor ALDO CERNEZZI

Potrebbe sembrare fatica inutile il tornare su di un argomento che, per esssere uno dei temi classici nella letteratura chirurgica, non può vantare oggidì una speciale attualità, ma piuttosto sembra a prima vista ormai esaurito grazie alla stragrande quantità di pubblicazioni che attorno ad esso si sono andate accumulando attraverso a parecchi secoli. Senonchè è uno dei meriti della scienza odierna l'aver messo, per così dire, un po' di ordine in un patrimonio di idee e di cognizioni sia pur così ricco, ma ancora pochi lustri or sono subordinato alle tendenze proprie delle varie scuole, alle simpatie diverse dei diversi Maestri. E però non mi parve superfluo il rivedere ed esporre con senso di logica e di critica per sommi capi quanto si scrisse e si fece finora, per trarne un insegnamento che ha riscontro nella storia di vari altri metodi operativi proposti un tempo e caduti poi in una immeritata dimenticanza, di cui ben di rado ci è dato di concepire le cause. La cistotomia prerettale, proposta e descritta dal Nélaton fin dalla metà del secolo presente, entrò nel novero di queste risorse ingiustamente condannate all'oblio: lo strano contrasto, che chiaramente emerge tra quei trattati che trascurano quale immeritevole neppure di un cenno questo metodo e quegli altri pur essi moderni che ne vantano i meriti e la preminenza sugli altri metodi tutti, lascia lo studioso perplesso ed indeciso nel formarsi un concetto esatto, una convinzione sui vantaggi o meno della proposta avanzata dall'illustre Chirurgo francese.

La fortunata occasione di poter seguire da vicino, come allievo interno, il lavoro eseguitosi nel biennio 1898-1900 nella Clinica Operatoria dell' illustre Prof. Bottini presso l' Ateneo Pavese, mi porse modo di apprendere e constatare *de visu* la razionalità e la pratica

eccellenza delle norme dettate dal Nélaton per l'esportazione dei calcoli vescicali. E però, come riuscì a me oggetto di sorprendente meraviglia tanto la semplicità e precisione dell'atto operativo, quanto e più la regolarità del decorso clinico e la prontezza delle guarigioni, così stimai di qualche utilità lo svolgere questo tema come tesi di laurea dapprima e il rendere pubblica ora l' impressione delle mie osservazioni cliniche ed i concetti che dovrebbero ancor oggidì far accordare al metodo del Nélaton la preferenza.

Sembrandomi d'altra parte che tale processo derivi il merito suo fondamentale dalle conoscenze anatomo-topografiche, ho voluto richiamare queste assai diffusamente, anche perchè su di esse in gran parte va appoggiato il confronto cogli altri metodi di Cistotomia finora escogitati ed esperiti.

Nella III parte del presente lavoro mi limitai invece ad un accenno sull'uso che si fece o che si potrebbe fare del processo in parola ad altro scopo che non sia l' esportazione di calcoli vescicali: mi parve cioè opportuno ricordare brevemente che, se la via prerettale è quella che si presenta con maggiori attributi di praticità nella cistotomia, non meno pratica potrebbe essa riuscire nella cura di diverse affezioni degli organi profondamente posti nel perineo.

E quest' ultimo concetto penso di poter confortare in futuro di una più estesa esperienza clinica.

PARTE I.

Anatomia topografica del Perineo e della regione prevercicale.

« L'anatomia topografica, dei rapporti, o meglio ancora chirurgica, come venne a ragione designata, giova grandemente, per non dire essenzialmente, per chiarire il campo della fisiologia e patologia chirurgica, ad illuminarne e dirigerne la mano nelle relative bisogne operatorie. Già Petrequin ebbe a dire con felice frase « Sans Anatomie, point de chirurgie », massima che vale per ogni regione, ma segnatamente per quella del perineo » (1). Ed il prezioso consiglio del prof. Bottini mi ha determinato a rendermi famigliare la dissezione del perineo con numerosi esercizi, nei quali ho cercato di valermi di quanto coll'occhio e collo scalpello venivo con cura riconoscendo, per dedurne vuoi un chiaro concetto sintetico di quella intricata regione anatomica, vuoi una minuta analisi critica delle descrizioni che nei trattati classici ed in numerose monografie mi era occorso di leggere.

(1) E. Bottini. L' Iscuria prostatica. Lezione I. V. in La Clinica Moderna 1899, N. 11, pag. 81.

Ho tenuto a guida vari manuali di dissezione fra i migliori che ho potuto conoscere e specialmente l'Hyrtl (1), il Morel et Duval (2), il Nuhn (3), il Cunningam (4) e quello assai pratico e chiaro del Versari (5): ho pure con vantaggio consultate numerose tavole del Beraud (6), di Pitha e Billroth (7), del Bock (8), del Brass e quelle recenti del Bardeleben ed Haeckel (9), dello Spalteholtz, ecc.

Segata la colonna vertebrale a livello della V vertebra dorsale e del margine posteriore dell'osso iliaco, come consiglia anche il Versari (10) e tagliate le pareti addominali allo stesso livello, si levano gli intestini, eccetto il retto, e si amputano le coscie al loro terzo medio: rovesciando il pezzo cogli ischi in alto, lo si fissa su di un robusto piuolo di ferro che s'infigge nel canale midollare, mentre il retto si distende riempiendolo di stoppa o di crine: così le coscie pendono, fra loro divaricate ed al dissettore si presenta totalmente libero e disteso il perineo.

È per lo scopo nostro più conveniente attenerci al senso largo della denominazione perineo e descrivere contemporaneamente la regio analis e quella uro-genitalis (11), come le chiamano Merkel, Rüdinger, Toldt, comprendendo quindi tutto il losanga costituente il pavimento pelvico, alla maniera del Richet (12), ossia non limitandosi alla regione posta al davanti della linea bisischiatica, come fanno il Velpeau (13), ed il Malgaigne (14), ma occupandoci di tutto quel complesso di parti molli (15) chiudenti in basso la cavita pelvica (il cosidetto Beckenausgang dell'Henle).

La cute di questa regione è sottile, specialmente in corrispondenza del rafe perineale ove è anche leggermente pigmentata, ed in vicinanza dell'ano ove presenta delle pieghe radiate ed una più forte aderenza agli strati profondi per l'inserzione che su di essa prendono profondamente le fibre longitudinali del retto. Questa cute è ricca

---

(1) G. Hyrtl. Manuale di dissezione pratica. Milano, Vallardi.
(2) C. Morel et M. Duval. Manuel de l'anatomiste. Paris, Asselin, 1883.
(3) A. Nuhn. Lehrbuch der practischen Anatomie.
(4) Cunningam Manual of practical Anatomy I vol. Edimburg, 1884.
(5) R. Versari, Guida pratica per gli esercizi di Anatomia topografica. Roma Società D. Alighieri.
(6) Beraud. Atlas complet d'Anatomie Chirurgicale topographique. Paris, 1882 (100 planches).
(7) Pitha e Billroth. Atlante di patologia chirurgica gen. e speciale. Napoli.
(8) Bock. Atlante di Anatomia umana. Napoli, Marghieri 1881.
(9) Bardeleben und Haeckel. Atlas der Topographischen Anatomie des Menschan Iena. Fischer 1894.
(10) R. Versari. Loco citato pag. 120.
(11) W. His. Die Anatomische nomenclatur. Leipzig 1895, pag. 104.
(12) Richet. Traité pratiques d'Anatomie medico-chirurgicale. Paris, Chamerot 1866, III ed. pag. 708.
(13) Velpeau. Trattato di Anat chirurgica generale e topografica. Venezia 1834, p. 376.
(14) V. Dictionnaire Enciclopedique des sciences médicales del Dechambre Art. Perineo Vol. 75, pag. 102.
(15) Tillaux. Trattato di Anatomia topografica. Milano Vallardi Vol. II, pag 1055.

di ghiandole, quantunque folta di peli: è utile inciderla sul rafe e rovesciarla all' esterno sugli ischi per procedere comodamente alla dissezione degli altri strati. Alla faccia profonda della cute ed al rafe ano-bulbare s'inseriscono parte delle fibre del muscolo sfintere esterno dell'ano, mentre le altre si continuano o col trasverso superficiale o col bulbo-cavernoso che ora vedremo (1).

La fascia superficialis si può in questo punto, come nella maggior parte delle altre regioni, dissecare in due foglietti, come pel primo ha dimostrato il Malgaigne (2), e come ritiene anche il Richet: l'Hyrtl ammette egli pure questi due strati, ma il superiore lo descrive come facente parte dell'aponeurosi perineale inferiore: il Velpeau ed il Thompson ritengono che qui la fascia superficialis risulti di cinque strati: « tale molteplicità di strati non è da attribuirsi ad altro che a destrezza ed a pazienza nell' isolare le varie lamelle che costituiscono questo tessuto; è una prova dell'abilità anatomica di tali autori e niente più, non avendo nessuna pratica utilità » (3). Ricorderemo ancora che il Blandin e l'Angers non ammettono che un solo strato, ma noi, attenendoci alle descrizioni più moderne ed a quanto le dissezioni ci dimostrarono, distinguiamo un foglietto superficiale od areolare, fra le cui maglie giacciono più o meno numerose zolle di tessuto adiposo, ed uno profondo o lamellare che all'indietro dà inserzione ad alcune fibre dello sfintere esterno (4), ed all'avanti al dartos scrotale: il primo foglietto si continua insensibilmente sulle regioni vicine e, non prendendo attacchi ossei, non può opporsi al cammino di versamenti o raccolte qualsiasi di questa regione (5), mentre il foglietto profondo è assai robusto e costituisce una membrana elastica, d'aspetto bianco-lattiginoso (6), specialmente forte lungo la linea mediana: esso si attacca lateralmente al margine anteriore delle branche ischio-pubiche e quindi fa come da canale assieme all'aponeurosi perineale superficiale per dirigere le raccolte liquide verso lo strato sottocutaneo scrotale. Il Velpeau, chiamandolo aponeurosi ano-scrotale (7), ricorda la spiccata struttura fibrosa di questo foglietto. Fra lo strato lamelloso e l' areolare, come dicemmo, è accolto del grasso ed è specialmente dallo spessore più o meno grande di tale grasso che dipendono le variazioni di spessore del perineo (8), dalla pelle alla prostata, come vedremo appresso. In questo strato sottocutaneo non s'incontrano vasi o nervi d'importanza chirurgica: solamente, osserva il

---

(1) Testut. Trattato di Anatomia Vol. III, Parte II, pag. 189.
(2) Debierre Traité d'Anatomie de l'homme. Paris, Alcan. 1890, Vol. II, pag. 638.
(3) Pitzorno. Anatomia del perineo dell'uomo. Sassari 1875, pag. 6.
(4) Thompson. Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires. Introduction Anatomique per Hue et Gignoux. Paris, Masson 1874, pag. 5.
(5) Paulet. Compendio di Anatomia topografica. Torino 1898, pag. 204.
(6) Thompson. Loco citato pag. 5.
(7) Velpeau. Luogo citato pag. 380.
(8) Tillaux. Trattato di Anat. topografica, Vol. II, pag. 1056.

Beraud (1), essendo ricca la rete nervosa (remi sottocutanei del 4.° perineale superficiale) le incisioni riescono assai dolorose.

Sollevati i piani finora descritti (2), ci si accorge subito di essere giunti sull'aponeurosi perineale inferiore, perchè, per la estrema sua sottigliezza, attraverso ad essa traspariscono le rosee fibre dei muscoli sottostanti: tale aponeurosi va più propriamente ritenuta come un piano speciale della zona uro-genitale del perineo (regione perineale anteriore), giacchè, partendo all'avanti dalla radice dello scroto (donde si continua a costituire la fascia penis) ed inserendosi lateralmente al labbro anteriore della branca discendente del pube ed ascendente dell' ischio, termina all' indietro in corrispondenza del margine posteriore del m. trasverso superficiale, che circonda ripiegandosi in alto per continuarsi col foglietto inferiore dell' aponeurosi perineale media. A questo foglietto però l' aponeurosi superficiale manda ancora altri tratti di unione, costituiti da setti lamellari (3) i quali, staccandosi dalla sua faccia profonda, abbracciano i muscoli superficiali del perineo e vanno a finire nell' aponeurosi media delimitando tante guaine distinte (4): perciò l' Hue ed il Gignoux s'esprimono (5) così: « L'aponeurose inferieure du perinée est donc formée, en arrière de deux gaînes transversales séparées par le plain du raphe ano-bulbaire (per le due metà del m. trasverso); en avant de trois gaînes longitudinales, perpendiculaires aux précédents, isolées à leur origine, mais fusionnants en une seule an niveau du pénis, comme les trois cilindres qu'elles enveloppent ». A ridosso di questa fascia scorrono vasi e nervi di una qualche importanza e cioè l'arteria, la vena ed il nervo perineale superficiale. L'arteria, ramo collaterale della pudenda interna, discende dietro il muscolo trasverso superficiale e ne circonda il margine posteriore, perforando l' aponeurosi perineale superficiale in modo da attraversarne poi la faccia inferiore per raggiungere lo spazio ischio-bulbare ove termina in rami muscolari ed in altri anastomotici colle pudende esterne; il punto in cui l' arteria attraversa il m. trasverso è di solito, come ho potuto constatare nella maggioranza dei casi, a pochi millimetri all'indentro dell'ischio, ed è quindi generalmente fuori del campo in cui il chirurgo porta il bistorì nella cistotomia prerettale. Non si osservarono neppure anomalie per le quali tale arteria potesse essere interessata, tranne il caso ri-

(1) Beraud. Atlas complét d'Anatomie chirurgicale. Note alla tavola 50ª. Paris, 1862.

(2) Non sono mai riuscito a constatare l'esistenza di un muscolo trasverso sottocutaneo del perineo descritto dal Theile, che si inserirebbe sull'aponeurosi superficiale ed in parte si confonderebbe col trasverso superficiale e collo sfintere anale. Invece è quasi costante la presenza di poche fibre muscolari longitudinali, emananti dal dartos scrotale, nella parte anteriore del perineo; talora giungono fino al contorno dell'ano. Vedi pure nel compendio già citato del Paulet, pag 204.

(3) V. Dictionnaire del Dechambre. Vol. 75, pag. 103. È una particolarità anatomica in molti trattati trascurata.

(4) Testut. Luogo citato Vol. III, p. 2ª, pag. 193 e Paulet. Luogo citato pag. 206.

(5) Nell'introduzione anatomica al trattato del Thompson già citato.

ferito dal Richet in cui la stessa pudenda interna volgeva verso la linea mediana ed il bulbo seguendo il muscolo trasverso. La vena segue la stessa via dell'arteria: il nervo le è pure satellite e, decorrendole all'esterno, termina come essa in rami cutanei ed in rami profondi muscolari. Perciò l'anatomica distribuzione dei vasi perineali superficiali, che d'un solo sguardo si può tosto riconoscere nelle belle figure del Krause (1), del Rüdinger (2), del Morris (3), dell'Heitzmann (4), ecc. ci persuade tosto della difficoltà con cui le incisioni trasverse e tracciate specialmente in vicinanza all'apertura anale ci potranno fare imbattere nella lesione di tali tronchi sanguigni.

Tutti i manuali di dissezione consigliano di levare l'aponeurosi superficiale rovesciandola indietro sulla sua base, dopo averla incisa all'apice ed ai suoi lati: rimangono così scoperti il m. trasverso superficiale, il m. ischio-cavernoso ed il m. bulbo-cavernoso.

Il m. trasverso superficiale forma (5) la base del triangolo ischio-bulbare: esso s'inserisce all'infuori sulla faccia interna della tuberosità ischiatica tra l'otturatore interno e l'ischio cavernoso e di qui le sue fibre si portano trasversalmente e leggermente in avanti per attaccarsi al rafe ano-bulbare (o prerettale o centro-tendineo del perineo (6)) formato dal confondersi delle estremità tendinee dei muscoli sfintere anale, bulbo-cavernosi e trasversi superficiali (7).

La presenza ed i caratteri di questo muscolo furono a lungo discussi: ne fu negata l'individualità dal Gros, dal Cadiat (8) e da altri, il Lesshaft ne ammise la presenza appena 8 volte su 100 (9): a me parve costante almeno in 15 individui e non così variabile come nota il Morris. « The superficial transversus perinaei is the most variable of all the perinaeal muscles » (10). I moderni anatomici (Testut, Debierre, Quain, ecc.) ne dànno la descrizione già esposta sopra e, se ammettono che alcune fibre di questo muscolo si continuino fra i fasci dello sfintere anale esterno e del m. bulbo cavernoso (11), come già aveva osservato l'Henle (12), non ammettono, al contrario di quest' ultimo

---

(1) Krause. Handbuch der menschlichen Anatomie. Hannover 1880, pag. 645, fig. 313.

(2) Rüdinger. Topographisce Chirurgische Anatomie des Menschn. Stuttgart 1878 IV Abtheilung. Tafel II.

(3) Morris Henry. A Treatise on Human Anatomy by various Auteurs edited by H. Morris. London 1893, pag. 187, figura 629.

(4) Heitzmann. Anatomia umana descrittiva e topografica. Bologna, Treves II ed. 1897, pag. 495-497.

(5) Triangularis di Winslow o posticus-inf. di Meckel o transanalis di Cruveilhier. Vedi Henle. Handbuch der sistematischen Anatomie des Menschen 1862, pag. 501.

(6) Hyrtl. Trattato di Anatomia. Milano, Vallardi, pag. 613.

(7) Hue et Gignoux. Luogo citato pag. 7.

(8) Cadiat Etude sur les muscles du périnée. oJurnal de l'Anat. et de la Physiolog. 1877.

(9) Citato dal Debierre nel Traité d'Anatomie Vol. II, pag. 708

(10) Henry Morris. Luogo citato pag. 1072.

(11) Testut. Luogo citato Vol. III, p. 2ª, pag. 181.

(12) Henle. Luogo citato pag. 492. (theil (cioè parte delle fibre del trasverso) an dem septum, das diese beiden Muskeln tremt, sich befestigen, theil mit gleichnamigen Muskel des entgegengesetzten seite zusamnenfliessen).

anatomico (1), l'incrocio di talune fibre sulla linea mediana per continuarsi con quelle del lato opposto.

Importa ricordare che il margine posteriore di questo muscolo, sulla linea mediana, dista due centimetri dall' apertura anale (2) e che la sua estremità ischiatica è circondata o talora perforata dall'arteria perineale superficiale. Quando sia contratto, questo muscolo tende il rafe fibroso rendendo così fisso questo punto d'inserzione dei muscoli bulbo-cavernosi.

Il m. ischio-cavernoso (3), partendo dalla faccia interna dell'ischio e dalla branca ischio-pubica, forma il lato esterno del triangolo ischio-bulbare e va a confondere il suo largo tendine aponeurotico coll'involucro fibroso dei corpi cavernosi sulle loro faccie laterali, quasi abbracciandoli ed esercitando così un'azione importante nell'erezione. Talora alcune fibre dell'ischio-cavernoso volgono direttamente verso il bulbo (4) (m. ischio bulbare): si è notato pure (5) lungo il margine superiore della branca ischio-pubica un muscoletto largo quasi un centimetro, il muscoletto ischio-pubico (6), già osservato dal Santorini.

Il muscolo bulbo-cavernoso (7) fu giustamente rappresentato come una guaina o meglio una doccia muscolare avvolgente al disotto il bulbo dell'uretra e parte dell'uretra spugnosa: le sue fibre, partendo dal rafe perineale, decorrono direttamente dall' indietro all' avanti, circondano il bulbo ai lati e terminano alla sua parte superiore, spingendosi (alcune anteriori) in parte anche sopra i corpi cavernosi per terminare alla faccia dorsale del pene (muscolo di Huston). L' Henle vi ha distinto tre porzioni: una superficiale o compressor bulbi proprius di Kobelt, una media o accelerator lateralis (8), ed una inferiore o compressor haemisphaerium bulbi: la sinonimia di questo muscolo ne esprime da sola l'azione molteplice.

Riconosciuti bene i limiti del triangolo ischio-bulbare, è necessario rimuovere il poco tessuto cellulare-adiposo che ne occupa l'area: in tale tessuto non incontriamo che pochi ramuscoli, affatto trascurabili dal lato chirurgico, provenienti dall'arteria perineale superfi-

---

(1) Henle. Handbuch ecc. Vol. II, pag. 496. « Aus dem M. transversus per superf. gehen mitrurdes einige Fasern und des sfincter über ».

(2) Romiti. Trattato di Anatomia dell'uomo. Vol II, pag. 485.

(3) Director seu erector penis. Rustenteifer Niederzicher der Renis Meckel. V. Henle. Loco citato pag. 493, il quale in questo muscolo distingue una porzione inferiore, una media e una superiore, che rappresenta nella figura 388.

(4) Hue et Gignoux. Luogo citato. pagina 11.

(5) G. Wlacovich. Sopra un muscolo anomalo situato sull'ambito perineale della pelvi. Atti dell'Istituto Veneto di Scienze 1865, pag. 1294.

(6) Hyrtl. Trattato di Anatomia, pag. 613.

(7) Accelerator urinae, ejaculator seminis, compressor bulbi, bulbo-uretralis del Chaussier, anocavernosus del Blandin.

(8) Musculus dilatator urethrae di Littre. Vedi Memoires de l'Academie anno 1700, pag. 309.

ciale. Più all'avanti invece la nostra attenzione deve rivolgersi ad un'arteria assai importante di cui diremo fra poco, la perineale profonda.

Gli organi or ora descritti sono tutti profondamente coperti da una forte lamina, tesa a guisa di diaframma fra le due branche ischio-pubiche, l'aponeurosi perineale media. Essa chiude in alto la loggia perineale superficiale (1), il cui pavimento è costituito dall'aponeurosi superficiale ed il cui estremo posteriore è chiuso dall'ansa aponeurotica d'unione tra l'aponeurosi superficiale ed il foglietto inferiore della media; la parte anteriore invece di tale loggia non è chiusa, ma si continua (ed è perciò detta anche loggia del pene) sul pene, permettendo così, alle raccolte liquide, che in essa eventualmente si formano, di estendersi verso il pene e diffondersi anche allo scroto, al pube, alla regione ipogastrica, ecc.

In questa regione perineale inferiore si comprendono ancora il bulbo dell'uretra, l'arteria bulbare, la porzione spugnosa dell'uretra ed i corpi cavernosi: importa assai per noi ricordare specialmente i rapporti dei primi due organi.

Per iscoprire il bulbo basta incidere a mezzo le fibre del muscolo bulbo covernoso, rovesciandole poi all'indietro ed all'avanti: appare allora un organo a forma di pera, a grossa estremità posteriore, lungo circa tre centimetri ed il cui sottile involucro fibroso lascia trasparire il colore del sangue che lo riempie (2). La faccia inferiore del bulbo, convessa, aderisce sulla linea mediana all'aponeurosi perineale superficiale ed è coperto fino sui lati dai m. bulbo-cavernosi: la base corrisponde al rafe dei due muscoli trasversi del perineo e presenta un solco mediano il quale, continuandosi sulla faccia superiore, si conforma a doccia con margini sempre più alti verso l'avanti per accogliere l'uretra: l'estremo posteriore però di quest'ultima faccia non è in rapporto coll'uretra, ma scende un po' più in basso formando colla porzione, per così dire, uretrale un angolo fortemente ottuso (3) e trovasi, coll'intermezzo del foglietto inferiore dell'aponeurosi media cui aderisce intimamente (4), in rapporto col muscolo del Guthrie e colle ghiandole del Cooper: come è noto, il dotto escretore di queste ghiandole attraversa il bulbo per isboccare nell'uretra. Il volume del bulbo è assai variabile (in media è lungo 25-30 mm.); ma in generale esso cresce gradatamente coll'età (5), venendo quindi a modificare la distanza che corre tra la base di quest'organo ed il

(1) Tillaux. Opera citata, Vol. II, pag. 1060.
(2) Versari. Luogo citato, pag 125.
(3) Hue et Gignoux. Luogo citato, pag. 9. Tale angolo col vertice verso l'uretra, corrisponde nel lume uretrale al cosidetto colletto del bulbo, uno dei punti in cui va talora ad urtare il becco della sonda nel cateterismo.
(4) Testut. Anatomia Vol. III, p. 2.ª, pag. 161.
(5) Tillaux. Luogo citato, Vol. II, pag. 908.

retto (1): pel Malgaigne tale distanza è (2) di 8-10 linee in media, pel Guerin (3) è di 15-20 m.m., per Hue et Gignoux è di 18 millimetri, mentre il Testut la ritiene di appena 10-12 millimetri. Prese da cadaveri congelati, mi sembrano più vicine al vero le misure del Testut, che ritengo pure più attendibili di quelle ottenute dopo l'iniezione dei vasi bulbari, la quale difficilmente riesce nei limiti della iniezione sanguigna fisiologica.

Tale rapporto del bulbo col retto interessa moltissimo nella scelta fra i vari metodi di cistotomia perineale ed assume ancora maggior rilievo quando si pensi alle condizioni del bulbo e della prostata negli ammalati di calcolosi vescicale: in uno di questi fu visto il bulbo arrivare in contatto del retto (4). L'essere il bulbo come una specie di *noli me tangere* è una diretta consegueuza della sua struttura cavernosa: valuteremo più lungi l'entità del pericolo di ferire quest'organo così vascolare. Ad esso il sangue arriva per l'arteria bulbare (5), la quale, staccandosi dalla pudenda interna a 27-30 millimetri al davanti dell'ano (6), volge in basso ed in avanti descrivendo delle sinuosità ed emanando rami pei muscoli, per l'uretra spugnosa e per le ghiandole del Cooper, finchè penetra nel bulbo circa alla sua porzione mediana.

Due vene ed un nervo (il n. bulbo uretrale ramo del n. pudendo interno) accompagnano quest' arteria che, pel suo calibro (7), una volta ferita, richiede la legatura: essa si presenta spesso anomala ed importa specialmente ricordare che talora è doppia (Richet (8)), che talora nasce dall' otturatoria (9), e che può decorrere davanti al bulbo (10) anzichè lateralmente.

La preparazione intera della aponeurosi media richiede che si

---

(1) Nella tesi del ROUSSEAU (*De l'hemorragie dans l'opération de la taille,* Paris, 1881), troviamo riferite le seguenti misure da vari autori:

BLANDIN	mm.	22	
BOUISSON	»	25	
DOLBEAU	»	15	
DORSEY	»	0-12	
DUPUYTREN	»	20-22	
YARYAVAY	»	16-20	
BICHAT	»	12-15	
SAPPEY	»	12	nell' adulto
»	»	10-12	nel vecchio

(2) MALGAIGNE. Manuale di medicina operativa. Vol. II. pag. 711.
(3) GUERIN Eléments de chirurgie opératoire, Paris, 1853, pag. 576.
(4) Osservazione del DORSEY.
(5) o perineale profonda, o trasversa del perineo.
(6) THOMPSON Leçons cliniques, ecc., pag. 11.
(7) Secondo HUE e GIGNOUX è di 2 millimetri.
(8) PITZORNO. Luogo citato, pag. 29.
(9) TESTUT Anatomia, Volume II, pag. 150.
(10) HENRY GRAY. Anatomy descriptive and surgical, London, 1887, a pag. 944 dice « Thus the artery of the bulb, is liable to be wounded in the operation for lithotomy, in its passage forwards to the bulb ».

tolga tanto il bulbo coll'uretra fino al passaggio di questa attraverso a tale aponeurosi, quanto i muscoli ischio-cavernosi e bulbo cavernosi (1) insieme al connettivo del triangolo ischio-bulbare.

L'aponeurosi perineale media (2) detta anche diaframma uro-genitale, erroneamente confusa coll'aponeurosi del m. elevatore dell'ano dal Malgaigne, è il piano fibroso del perineo più resistente (3): tesa tra le due branche ischiopubiche al cui labbro posteriore si inserisce, assume una assai regolare forma triangolare. Il suo apice aderisce al legamento sottopubico e forma ispessendosi il legamento trasverso dell'Henle (4): la sua faccia superiore è in rapporto col muscolo del Wilson, collo sfintere esterno dell'uretra, colla prostata e col plesso del Santorini: la inferiore corrisponde ai muscoli trasversi superficiali all'indietro, alle radici dei corpi cavernosi ed ai muscoli ischio-cavernosi lateralmente, al bulbo dell'uretra sulla linea mediana. I moderni anatomici (5) distinguono in questo diaframma due foglietti che si riuniscono in corrispondenza dell'apice e dei margini laterali, ma che divergono invece in corrispondenza della base del triangolo aponeurotico e cioè: l'inferiore, come vedemmo, volge in basso per circondare il margine posteriore del m. trasverso superficiale e continuarsi coll'aponeurosi perineale superficiale, mentre il superiore colla sua parte mediana volge in alto per continuarsi coll'aponeurosi prostato-peritoneale, confondendosi ai lati col tessuto cellulo-adiposo delle fosse ischio-rettali. Se noi rovesciamo in forma di lembetto triangolare (6) una metà del foglietto inferiore sulle branche ischio-pubiche, mettiamo in evidenza gli organi contenuti fra le due lamiere dell'aponeurosi media (7): il m. trasverso profondo o del Guthrie, le ghiandole del Cooper, porzione dell'uretra membranosa, l'arteria e le vene pudende interne coll'origine dei vasi bulbari e dorsali del pene.

Il muscolo trasverso profondo non è sempre facile da riconoscersi, perchè spesso occorre rimuovere plessi venosi (8) discretamente sviluppati che, come osserva il Debierre (9), attraversano questo mu-

(1) Versari Manuale citato, pag. 125.

(2) o legamento perineale di Carcassonne, o legamento sottopubico, o ligamentum transversum pelvis di Müller, o ligamentum interosseum pubis del Winslow, o ligamentum triangulare urethrae del Colles, o aponeurosi ano-pubica di Velpeau.

(3) Hue et Gignoux. Luogo citato.

(4) Debierre. Anatomie, ecc., Volume II, pag. 712.

(5) Rogie Notes sur les aponeuroses du perinée et du bassin. Journal des Sciences Médicales de Lille, anno 1890.

(6) Versari. Luogo citato, pag. 125.

(7) C. Morel et M. Duval. Manuel de l'Anatomiste, Paris, Asselin, 1883. A pag. 1113 fanno giustamente notare che il colore rossastro del connettivo, ricoprente il muscolo del Guthrie simula un aspetto muscolare che può far credere di essere giunti sul muscolo suddetto. Ciò mi richiama la descrizione del Sappey che ritiene l'aponeurosi media come formata di tessutó muscolare della vita organica, e quella del Cruveilhier che la considera come cellulo-fibrosa pure contenente fibre muscolari organiche

(8) Hyrtl. Manuale di dissezione pratica, Milano, Vallardi, pag. 333
Sono le vene posteriori dei corpi cavernosi, le vene profonde del pene, ecc

(9) Debierre. Traité d'Anatomie, Vol. II, pag 707.

scolo separandone le fibre in vari fasci. Stirando però l'uretra da un lato, la metà opposta del m. trasverso profondo viene distesa e messa maggiormente in evidenza (1): vediamo allora che questo muscolo, sottile ed appiattito, staccatosi dal labbro posteriore delle branche ischiopubiche, volge trasversalmente all'interno e colle sue fibre posteriori passa dietro l'uretra per andare ad inserirsi al rafe prerettale, mentre colle anteriori si inserisce alle faccie laterali ed anteriore dell'uretra membranosa, subito dietro il bulbo: alcuni fasci si fissano pure sull'aponeurosi media lungo la linea mediana (2). Questo muscolo è quindi in rapporto inferiormente col foglietto superficiale della aponeurosi media e superiormente, coll'interposizione del foglietto profondo della stessa aponeurosi, col muscolo del Wilson, col plesso venoso del Santorini e coll'apice della prostata: inoltre più o meno completamente comprese tra i suoi fasci troviamo le ghiandole del Cooper.

Questa la disposizione che a me parve la più chiara sul cadavere e che descrivono i migliori trattati recenti (Testut, Debierre, Quain, Romiti, ecc): ma su tale muscolo urethralis, detto anche dal Sappey ischio-uretrale (3), da molti muscolo del Guthrie (4) e ancora dal Müller constrictor urethrae membranaceae (5), « si è tanto discusso, senza mettersi pienamente d'accordo » (6). Destinato a giuocare una parte assai importante nell'atto dell'erezione comprimendo le vene profonde del pene ed associando a tale azione quella di concorrere all'emissione dello sperma e dell'urina colla compressione dell'uretra, questo muscolo attirò l'attenzione dei fisiologi e dei clinici oltre che degli anatomici e dalle tanto varie ricerche emanarono risultati talora opposti. Ne fu negata l'esistenza dal Cadiat (7), ma le sue ricerche, come giustamente fanno osservare il Tillaux ed il Dechambre (8) non hanno gran valore essendo limitate a cadaverini di neonati: però il Cros (9) nega esista anche nell'adulto (10). L'Henle con felice paragone ricorda (11) che questo muscolo « sich züm Schambogen verhält

---

(1) Hyrtl. Luogo citato, pag. 336.

(2) Testut. Luogo citato, Vol. III, parte 2ª pag. 185.

(3) Sappey. Traité d'Anatomie, Vol. IV, pag 676.

(4) Guthrie. On the Anatomy and diseases of the nack of the Bladder, London, 1834, pagina 38.

(5) Müller, Ueber die organ Nerven der erectilen männ geschlectorgane, Berlin. 1836. pag. 14

M. Uretralis di Arnold o M Uretralis transversus di Krause e Rohlrausch.

(6) E. Bottini. Lezioni sull'Iscuria prostatica. La Clinica Moderna, anno V, N. 11, pagina 83.

(7) Cadiat. Études sur les muscles du périnée. Journal de l'Anatomie. 1877.

(8) Dechambre. Dictionnaire, ecc. Art. Perineo, Vol. 75, pag. 102.

(9) Cros. Sur les muscles de Wilson et de Guthrie Nella Gazz. ebdomadaire des Sciences médic. 1877.

(10) Yartavay. (Traité d'Anatomie chirurgicale, tomo II, pag. 540) lo ritiene invece costante.

(11) Henle. Handbuch des Systematischen Anatomie des Menschen, 1862, pag 492.

wie der. Mylohyoideus züm Unterkiefer » e ricorda ancora (ibidem pag. 5080) che la porzione anteriore del m. trasverso profondo può sembrar continua col muscolo di Wilson ed è così che vari autori confusero infatti questi due muscoli in uno solo, come il (1) Lesshaft; il Gros considera il trasverso come una dipendenza delle fibre muscolari della prostata, altri come una dipendenza dello sfintere cerebrale interno: il Sappey sostiene che esso non si inserisce all'uretra mentre ammettono tale inserzione il Tillaux, il Richet, il Paulet, il Lesshaft (2) il Rouget (3). Mentre il Krause poi lo descrive come perfettamente circolare (4), il Gray, l'His, il Müller dànno alle sue fibre una disposizione trasversale quale vedemmo in principio. E questa disposizione è quella che dimostrano anche le ricerche dirette del prof. Bottini, (5) giustamente perciò convinto che « la descrizione datane dal Santorini, siccome presa dal cadavere di un vigoroso Etiope, meglio risponde al vero »: l'Hyrtl dichiara di seguire la descrizione del Santorini (6), il Ledouble (7) ed il Bassini (8) la ritengono la migliore ed anche sembrerebbe più che logico chiamare il muscolo in parola muscolo del Santorini.

Le ghiandole del Mery o del Cooper sono talora assai difficili a trovarsi (9): mi è occorso parecchie volte di cercarle a lungo tra le le fibre del trasverso e non rinvenirle invece che aderenti all'uretra, al bulbo od al foglietto inferiore dell'aponeurosi media gia levati: in tali casi credo che tali ghiandole fossero piuttosto sviluppate nella direzione del loro dotto escretore. Esse spiccano pel loro colorito biancastro ed hanno la forma di due piccoli piselli (Haller), posti ai lati della linea mediana nell'angolo che l'uretra membranosa forma col bulbo. Il loro volume può giungere fino a quello di una ciliegia (10) ed i loro dotti escretori, anastomizzati talvolta fra di essi (11) sono lunghi circa tre centimetri, penetrano nel bulbo e versano nell'uretra spugnosa un secreto vischioso, trasparente, nell'atto dell'eiaculuzione.

---

(1) Citato dal Debierre.

(2) Lesshaft. Ueber einige die Urethra ungebenden Muskeln und Fascien, Archiv f. Anat. und Physiol 1873.

(3) Rouget. Sur les appareils muscnlaires du périnée. Gazz. Médical, anno 1855, p. II, 41.

(4) Il Nuhn (Lerhbuch des Practischen Anatomie, pag. 279), distingue un innere kreisfasern im zwei ausseren Querfaserlagen.

(5) E. Bottini. Luogo citato, pag. 84 « Lo stratum transversum » è la disposizione a mio credere fondamentale, almeno così mi risulta dalll'investigazione diretta ».

(6) Hyrtl Trattato di Anatomia, pag 613.

(7) Ledouble. Des muscles normaux et anormaux du Périnée. Bibliographie Anat. 1896, IV, pag. 97

(8) E. Bassini. Osservazioni anatomiche sul perineo maschile. Milano, Treves.

(9) Englisch Ueber Anatomie und Pathologie der Cooper, schen Drüsen. Wiener med. Jasrbucher, 1885 Cooper Glandularum quarundam nuper detectarum descriptio. London 1872 e in Phylosoph. Transactions, Vol. XXI, pag. 364. Sono anche dette prostatae inferiores di Duverney

(10) Gubler. Des Glandes de Mery et de leurs maladies. Thése de Paris, 1849.

(11) Hue et Gignoux. Luogo citato, pag. 18.

Dell'uretra membranosa diremo a proposito della loggia prostatica. I vasi decorrenti fra i due foglietti dell'aponeurosi media sono assai importanti. L'arteria pudenda interna, colle due vene che la accompagnano, va ricercata lungo le faccie interne delle branche ischio-pubiche, ma invano si cercherebbe con essa il n. pudendo l'interno: quest'ultimo, come bene osserva il Versari (1), decorre più o meno all'esterno dei vasi in un canale aponeurotico proprio, accompagnato talora da una vena. L'arteria pudenda perfora in seguito l'apice del legamento del Carcassonne, 12 millimetri sotto la sinfisi pubica, per terminare tosto nell'arteria cavernosa e nella dorsale della verga.

Come è noto, l'arteria pudenda interna è la branca terminale dell'ipogastrica e rientra nel bacino per la piccola incisura ischiatica dopo esserne uscita per la grande e, decorrendo lungo la faccia libera dell'otturatore interno, raggiunge la faccia interna dell'ischio e delle branche ischio-pubiche: vedemmo già staccarsi da essa la bulbare e talvolta la bulbo-uretrale di Kobelt. Ricordiamo ancora la sua anomala origine dall'otturatoria, la sua normale piccolezza, la sua precoce biforcazione all'ischio (2), il suo raro decorso lungo la linea mediana (3). Assumono qui qualche importanza anche i vasi venosi e specialmente la vena dorsale profonda del pene, grosso tronco impari e mediano, che attraversa l'apice dell'aponevrosi media per gettarsi nel plesso del Santorini (4); da questo plesso nascono le vene pudende interne che, seguendo le arterie omonime, ricevono il sangue dalle vene bulbari, dalle perineali superficiali e dalle emorroidarie inferiori, andando a sboccare nella vena epigastrica. Ma del plesso del Santorini vedremo la topografia a proposito della loggia prostatica.

La loggia che ora descriveremo come compresa tra i due foglietti dell'aponeurosi media e che quindi si potrebbe chiamare loggia perineale media, fu anch'essa oggetto di lunghe discussioni fra gli anatomici. Una rappresentazione affatto speciale della aponeurosi media è quella datane dallo Zuckerkandl (5); egli ritiene coll'Holl (6) che anche il bulbo sia compreso in tale loggia; i due foglietti non si riunirebbero sotto il pube, ma, mentre quello superficiale passando sotto l'uretra si fisserebbe ai corpi cavernosi, il profondo, partendo dalla faccia anteriore della prostata e dai legamenti pubo-prostatici, si porterebbe al legamentum transversum pelvis (Symphysienstück) ed alla parte superiore dei corpi cavernosi (gliedstück); si comprende

---

(1) Versari. Luogo citato, pag. 126.
(2) Pitzorno. Anatomia del perineo, pag. 29.
(3) Saltzmann Anomaler Verlauf der Arteria profunda Penis 1872, pag. 41.
Tschaussow Negli Anatomische Anzeiger del 1886, pag. 87.
(4) Lenhossék. Des veöese Convolut des Beckenhöle beim Mamne Vien, 1871.
(5) Zuckerkandl. Ueber die Fascia Perinaei propria. Vien 1875.
(6) Holl. Ueber d Verschluss des männ. Beckens. Archiw für Anatomie 1881.

così come l'uretra non perforerebbe tale aponeurosi media ma ne sarebbe compresa tra i due foglietti. Attenendoci noi però alla descrizione che sopra abbiamo data, non ci diffondiamo oltre, tralasciando di dire delle discussioni sulla struttura muscolare (sostenuta dallo Zuckerkandl come già dal Cruveillhier) piuttosto che aponeurotica del foglietto superiore, sulla fusione o meno di quest'ultimo foglietto col trasverso profondo, ecc. È invece indispensabile ricordare come termini all'indietro il foglietto superiore. Nel 1837 il Denonvilliers (1) descriveva la porzione posteriore di questo foglietto come una lamina aponeurotica volgente in alto ed all'indietro fino ad attaccarsi allo sfondato vescico-rettale del peritoneo, mentre sui lati si confonde col cellulare pelvico; e la chiamò aponeurosi prostato-peritoneale.

Gli Anatomici moderni la descrivono sotto il nome di Aponeurosi del Denonvilliers, ma importa notare come qui non si tratti di una lamina nel senso stretto della parola e come tutte le dissezioni mi abbiano persuaso della giustezza dell'osservazione mossa fino dal 1866 dal (2) Richet: « Si par une habile dissection et mieux encore par la dissecation, on parvient à isoler une couche membraniforme, ayant l'apparence d'un plain continu, il n'existe cependant point là de lame aponevrotique, à proprement parler et dans le sens qui on attache à cette expression..., Il existe en arrière de la Prostate. entre cette glande et le rectum un tissu cellulo-fibreux tres dense à mailles serrées, qui on peut à la rigeur dissequer en couche membraniforme et qui s'etend de la face inferieure de l'aponeurose pelvienne et du cul-de-sac péritonéal recto-vesical, à la face superieure de la aponeurose moyenne ».

Lateralmente, come dicemmo, il cellulare si confonde con quello delle fosse ischio-rettali. Topograficamente l'Aponeurosi del Denonvilliers ha all'avanti ed al disopra la prostata, le glandole seminali ed i canali deferenti col basso fondo vescicale. formando così la parete inferiore e posteriore della loggia prostatica; posteriormente ed in basso è in rapporto col retto e col m. elevatore dell'ano. Di questi ultimi due organi come dello sfintere esterno dell'ano è qui necessario ricordare taluni rapporti, prima di descrivere la loggia prostatica.

Il muscolo sfintere esterno dell'ano è un muscolo orbicolare di 8-10 mm. di spessore, disposto attorno all'estremo inferiore del retto, le cui fibre, staccandosi dal rafe ano-coccigeo (3), abbracciano l'ano e si riuniscono sol rafe ano-bulbare fino a 2 cm. al davanti del retto (4); lateralmente si estende fino a 3 cm. circa dal contorno del-

(1) Denonvilliers. Tesi di Aggregazione 1837. Paris N.° 285, pag. 20.
(2) Richet. Traitè pratique d'Anatomie medico-chirurgicale. Paris Chamerot 1866, III ed. pag 716 ed anche in Richet. Mèmoires sur les infiltrations urineuses in Annales de Chirurgie 1842. Tomo IV, pag. 310.
(3) Questo rafe è lungo circa 2 centimetri.
(4) Romiti. Trattato di Anatomia, Milano, Vallardi, Vol. II, pag. 476.

l'ano (1) ed all'avanti parte delle sue fibre si incrociano continuandosi col bulbo cavernoso, e col costrittore della vagina nella donna, a dare il noto aspetto di cifra otto.

Il Cruveilhier ha considerato questo muscolo come parte dell'elevatore dell'ano (2), l'Henle vi ha distinto quattro ordini di fibre (3), ecc. ma a noi interessa piuttosto ricordare che inferiormente corrisponde alla cute del perineo, superiormente all'elevatore dell'ano, all'esterno al connettivo delle due fosse ischio-rettali.

Il m. elevatore dell'ano è da tutti gli anatomici considerato come un diaframma chiudente il bacino in basso; immaginandolo come risultante di due metà simmetriche, esso si inserisce da ogni lato alla faccia posteriore del pube, all'arcus tendineo (che non è se non un ispessimento dell' aponeurosi dell' otturatore interno) ed alla piccola spina ischiatica; da questa linea arcuata d' inserzione le sue fibre si dirigono in basso, indietro ed all'indentro (4), venendosi così a costituire come una carena (5) completata all'indietro dai muscoli ischio-coccigeo e piramidale (6), in cui prendono posto la loggia prostatica all'avanti, il retto all'indietro. Le fibre di questo muscolo, convergendo fra loro, si inseriscono all'interno sul rafe anale, sui lati del retto e sul rafe ano-coccigeo. Il Richet vorrebbe considerare come indipendenti le fibre staccantisi dall'arco tendineo (7) e propone per esse il nome di muscolo trasverso superiore del perineo; l' Henle ritiene sieno fibre (8) anteriori dell'elevatore dell'ano quelle descritte sotto il nome di m. levator prostatae dal Santorini (Observ. Anat. Tavola III, fig. 5) o di transversus prostatae del Weber: anche Hue e Gignoux dànno a queste fibre il nome di m. compresseur ou adducteur de la prostate. Tralasciamo di accennare alle descrizioni affatto speciali date dall'Holl (9), dal Lesshaft, e da altri, per attenerci al quadro sintetico esposto sopra (10): da esso comprendiamo tosto come la faccia superiore del m. elevatore dell'ano corrisponde (coll'intermezzo della sua aponeurosi superiore) al peritoneo ed agli organi della escavazione pelvica; come la faccia inferiore (coll'aponeurosi inferiore) obliqua in

---

(1) Tillaux. Anat. topografica, Vol. II, pag. 1047.

(2) Cruveilhier. Traité d'Anatomie, Vol. II, pag. 234.

(3) Henle, Handbuch der Systematischen Anatomie 1862, Zweiter Band, pag. 494.

(4) Hue et Gignoux. Luogo citato, pag 12

(5) V. atlante del *Bardeleben und Haeckel* Yena 1894, fig. 92 ottenuta con taglio frontale del bacino.

(6) Luigi Landi. L'Anatomia dell'apparato urinario in rapporto colla chirurgia. Milano 1898, pag. 76.

(7) Richet. Traité pratique, ecc, pag. 713. Su queste fibre l'A. emetteva l'opinione che « les anteurs n'aient pas insisté d'une maniére suffisante ».

(8) Henle. Handbuch, ecc. Vol. II, pag 512.

(9) Holl: Ueber den Verschluss der männs. Beckens.

(10) Il Cuzzi, Trattato di Ostetricia e Ginecologia di Cuzzi, Guzzoni, Pestalozza e Mangiagalli. Vol. I, pag. 58, considera questo muscolo come impari e mediano, a forma irregolarmente triangolare coll'apice tronco al pube e la base indietro sulla linea bisischiatica.

basso e indietro, corrisponda al tessuto cellulo-grassoso della fossa ischio-rettale costituendone la parete interna e come il margine interno sia in rapporto colla prostata coll'interposizione dell'aponeurosi pubio-rettale, col rafe ano-bulbare, col retto, col rafe ano-coccigeo. L'interstizio che anteriormente esiste tra il legamento del Carcassonne (teso orizzontalmente) e la faccia inferiore dell'elevatore dell'ano (teso obliquamente indentro) è riempito da tessuto cellulo-adiposo che si continua indietro con quello della fossa ischio-rettale. Il nome stesso dice la funzione dell'elevatore dell'ano (1); esso di più assume una speciale importanza nel sostenere gli organi della pelvi e nel regolare non solo l'atto della defecazione ma anche l'emissione dell'orina (2).

L'intestino retto segue esattamente la concavità del sacro ed assume rapporti, per noi della massima importanza, colle vie urinarie: la sua parete anteriore ha un punto di contatto diretto, se non immediato, colla prostata; al disopra ed al disotto di questo punto vie urinarie e retto divergono ed è quindi assai logica la distinzione che, sotto il punto di vista della chirurgia urinaria, adottano l'Hue ed il Gignoux (3) descrivendo nel retto una porzione prostato-peritoneale ed una ano-prostatica. Il segmento prostato-peritoneale si estende dal cul di sacco peritoneale retto-vescicale fino a 5 millimetri dalla punta della prostata: esso descrive una curva a concavità anteriore e corrisponde al (4) basso fondo ed al trigono vescicale, ai tre quarti superiori della faccia posteriore della prostata e lateralmente alle vescichette spermatiche. È ben nota ai chirurghi la salienza che l'esplorazione rettale riscontra nella distensione vescicale, nei calcoli, nell'ipertrofia prostatica, nelle infiammazioni di queste ghiandole, ecc.

Il ricordo delle perforazioni rettali da raccolte di origine prostatica, quello di metodi retto-vescicali nella chirurgia urinaria, ecc. ci dimostrano l'importanza di questi rapporti. Il segmento ano-prostatico del retto incomincia, come dicemmo, a 5 mm. dalla punta della prostata (al punto più prominente della ampolla rettale) e si dirige in basso ed indietro per terminare all'ano. La faccia anteriore di questo segmento è lunga 3 cm. e forma il lato posteriore del triangolo retto-uretrale (5); l'estremo anale di questo segmento è in rapporto collo sfintere esterno e coll'elevatore dell'ano.

---

(1) L. Landois. Trattato di Fisiologia dell'uomo. Vol. I, pag. 296.

(2) Pei rapporti tra la defecazione e la minzione, subordinatamente all'azione del m. elevatore dell'ano. Vedi Thompson nella Leçons Cliniques, ecc. pag. 45.

(3) Hue et Gignoux. Luogo citato, pag. 73.

(4) Coll'interpretazione dell'aponeurosi prostato-peritoneale.

(5) Questo triangolo non è occupato da cellulare grasso, ma (come osserva il Poirier. Traité d'Anatomie, Vol. IV, pag. 357 « par un noyau ou centre musculaire », fatto già notato dal Mércier (Gazz, medicale 1840, pag. 147). L'uretra ed il retto formano un angolo che secondo il Tillaux é di 30° — 40°
» Sappey » 75° — 80°
» Testut » 90° — 100°

Non possiamo oltre dilungarci sull'anatomia del retto, nè sulle importanti considerazioni patologiche che se ne possono derivare; ricordiamo solo lo sfintere interno, ispessimento delle fibre muscolari circolari, lo sfintere di O' Beirne (1) e quello del Nélaton (2) ad 8-10 centimetri al disopra dell'ano. Delle arterie del retto le più considerevoli sono le emorroidarie superiori, branche di biforcazione della mesenterica inferiore, il Testut le ha più volte viste prolungarsi fino in prossimità dell'ano (3), ma in generale per la loro posizione alta non preoccupano negli atti operativi sul perineo; le emorroidario medie (rami dell'iliaca interna) si distribuiscono specialmente alla prostata ed alle vescichette seminali e non mandano al retto che rami assai esili; le emorroidarie inferiori (rami della pudenda interna) decorrono direttamente dagli ischi ai lati del retto e, pur essendo superficiali, non possono essere lese che con incisioni spingentisi fin dietro i lati dell'apertura anale. Il sistema venoso è rappresentato da un ricco plesso (plesso emorroidorio) di grossi rami nello strato cellulare del retto, donde il sangue rifluisce per le vene emorroidarie inferiori, medie e superiori, satelliti delle arterie omonime. Fra gli ischi ed il retto viene a rimanere « un'ampia escavazione piena di grasso, alla quale si dà il nome di cavo ischio-rettale » (4). È una cavità a forma piramidale che merita tutta l'attenzione del chirurgo pei rapporti che essa contrae col connettivo dei diversi strati perineali; la parete esterna è formata dall'otturatore interno, verticalmente applicato contro l'ischio (sotto la sua aponeurosi decorre la pudenda interna), la parete interna è formata dall'elevatore dell'ano che col muscolo precedente costituisce in alto l'apice del cavo (5). Questa escavazione manda due prolungamenti o fondi ciechi; l'anteriore, come vedemmo già, è compreso tra l'elevatore dell'ano e l'aponeurosi media, il posteriore si prolunga sopra il m. grande gluteo. Un tessuto cellulo-adiposo, substrato favorevole al flemmone diffuso, riempie tutta l'area della piramide: un solo vaso, l'emorroidaria inferiore, la percorre dall'infuori all'indentro.

Gli altri organi, di cui dobbiamo ancora ricordare i rapporti e le caratteristiche anatomiche, ci si presentano più completamente o con una più facile dtssezione se noi, giunti a questo punto della nostra

---

(1) Questo *sfintere descritto dall'O' Beirne* il Dublino nel 1833 avrebbe l'ufficio di trattenere le masse fecali nel retto e la sua azione é chiaramente studiata dal Tillaux. Anat. topogr. Vol. II, pag. 1043.

(2) Lo *sfintere di Nélaton* o terzo sfintere non avrebbe, come il precedente, grande importanza secondo il Testut. La sua presenza fu discussa dal Lisfranc, dal Velpeau, dall'Hyrtl, ecc. e probabilmente questo sfintere è molto incostante. Lo negarono il Richet, il Treitz, ecc. ma casi di resezione di porzione del retto in cui tuttavia si ebbe continenze delle feci indurrebbero ad ammetterlo. Vedi PITZORNO. Luogo citato, pag. 49. — ODDONO Nota clinica sulle alterazioni congenite del retto, Clinica Chirurgica, Anno 1897, N.° 2,

(3) TESTUT. Vol. III, p. I, pag. 141.

(4) TILLAUX. Anat. topografica, Vol. II, pag. 1049 e fig 259 a pag. 1050.

(5) A 5 centimetri circa al disopra della base.

anatomica preparazione, rovesciamo il pezzo facendo appoggiare il perineo sulla tavola (1). Abbiamo allora davanti a noi la parte superiore dell'escavazione pelvica cogli organi che vi si contengono, come ce li presentano le figure del Henle (2), del Bock (3), del Pitha e Billroth (4), ecc. Ci si impone pel primo lo studio del peritoneo parietale.

Scendendo in basso dietro la parete addominale anteriore, il peritoneo parietale si addossa all'uraco ed alle due arterie ombellicali (5), per poi volgere in basso ed indietro per rivestire la faccia superiore della vescica e la parte più alta delle sue faccie laterali: sui lati la sierosa si riflette in fuori ed in alto per continuarsi col peritoneo ileo-pelvico presso a poco a livello di una linea discendente all'indietro e passante pel punto di mezzo delle pareti vescicali laterali (6); all'indietro, nell'uomo, scende fino a coprire la base delle vescichette seminali per 10-15 millimetri e poi si riflette sul retto. I due sfondati prevescicale e retto-vescicale (limitato ai lati dalle pieghe del Douglas), che ne risultano, richiedono d' essere noti al chirurgo un po' minutamente.

« Come si comporta il peritoneo colla faccia anteriore della vescica? » è la domanda che si rivolge il Tillaux (7), ed alla quale egli risponde con ricerche e con argomentazioni che risentono dell'entusiasmo con cui tale questione fu dibattuta per tanti anni fra i chirurghi. Essa ha aggruppati attorno a sè i risultati i più diversi, le conclusioni più disparate. Allorquando la vescica è vuota, essa non oltrepassa generalmente il margine superiore della sinfisi pubica e la distanza peritoneo-pubica è nulla (8): lo sfondato realmente si forma quando la vescica si distende e assume allora rapporti vari dei quali diremo, per non ripeterci, a proposito dell'epicistotomia.

Lo sfondato retto-vescicale presenta, dal margine anteriore dell'ano, una distanza che pel Lisfranc è di 11 centimetri, di 8 secondo il Blandin ed il Legendre (9), di soli 4-6 cm. secondo il Malgaigne (10), ma la diversità dei risultati è in gran parte da attribuirsi allo sviluppo vario del tessuto adiposo sottocutaneo, mentre generalmente osservai, il che importa assai di più, essere molto costanti i rapporti che tale sfondato assume colla vescica e specialmente colla base delle vescichette terminali.

(1) Versari. Luogo citato, pag, 128.
(2) Henle. Handbuch, ecc. Vol. II, pag. 377, figura 245.
(3) Bock Atlante. Tavola XVII, figura 6.
(4) Pitha e Billroth. Atlante di Patologia Chirurgica. Tavola XVII.
(5) Risultandone quindi le tre note ripiegature limitanti le fossette inguinali.
(6) Testut. Luogo citato, pag. 69 del Vol. III, pag. 29.
(7) Tillaux. Anat. topografica. Vol. II, pag. 368.
(8) Cuzzi e Mangiagalli, ecc. Trattato di Ostetricia e Ginecologia. Vol. III. Ginecologia. Prof. L. Mangiagalli, pag. 703.
(9) Anatomie homolographique, Tav. X. Paris, 1858.
(10) Secondo il Testut tale distanza è di cm. 5-6. Vedi Vol. III, p. I pag. 135.

Lacerando con un istrumento ottuso (1), le maglie del cellulare sottoperitoneale (stipato specialmente in corrispondenza dell' uraco e della linea mediana sulla vescica, più lasso e più abbondante sui lati), si stacca la sierosa dalla vescica asportando insieme le cosidette pieghe del Douglas che costituiscono i legamenti posteriori della vescica.

Come dicemmo, questo serbatoio muscolo membranoso, se vuoto, non oltrepassa il margine superiore della sinfisi pubica ed ha una forma che secondo il Morris (2), in una sezione frontale dà l'aspetto di un T o di un Y: nel feto e nel neonato è piuttosto piriforme (3), ed occupa una posizione assai più alta, nella direzione dell'uraco (4), (V. Embriologia), trovandosi contemporaneamente in posizione alta gli altri organi dell'apparato genito-urinario in rapporto colla vescica (vescichette, prostata, ecc.). Tali differenze tra vescica infantile e vescica di adulto furono illustrate già dal Cruveilher, dal Malgaigne, dal Richet, dal Paulet, dal Sappey: giustamente il Tillaux fa osservare che la discesa della vescica nelle pelvi sia in massima parte da attribuirsi allo sviluppo del bacino all'epoca pubere.

L'apice o vertex vesicae (5), corrisponde all'inserzione dell'uraco: la base o faccia inferiore riposa nella base della prostata e più indietro sulle vescichette seminali e sui canali deferenti i quali limitano fra loro il triangolo interdeferenziale, sprovvisto di peritoneo, alto circa 4 centimetri a vescica piena e 15-18 millimetri a vescica vuota: è questo il punto di rapporto più immediato tra vescica e retto. Le faccie laterali sono coperte nella loro metà superiore dal peritoneo e sono in rapporto colle arterie ombellicali obliterate, coi canali deferenti e, coll'interposizione della fascia perineale superiore, coll'otturatore interno e coll' elevatore dell'ano. La faccia anteriore, a vescica vuota, è nascosta dietro il pube, al quale è unita in basso da due fasci muscolari emananti dalla tonaca media, detti legamenti anteriori o pubio vescicali (6), (Mercier, pag. 42 delle sue Recherches sur les maladies des organes urinaires et génitaux) nei quali il Du-

---

(1) RÜDINGER-ANTONELLI. Anatomia topografica, pag. 284.

(2) HENRY MORRIS. A Treatise on Human Anatomy, Lond n 1893, pag. 1054. Il TESTUT distingue invece nella vescica vuota un tipo appiattito ed uno sferico.

(3) Vedi DEBIÈRRE. Developpement de la Vessie, de la Prostata et du canal de l'Urethre. Thèse de Paris 1883 e TAKAHASI. Beitrag zür Kenntniss der Lage des fötalen ünd Kindlichen H rnblase, in Archiw zür Anat. ünd Physiol. 1888.

(4) MAYET. Anatomie et Chirurgie de la Vessie de l'enfant. Paris, 1897. Ritiene che tale posizione fetale della vescica perduri fino ai 13 anni — ROMARY. Rapports de la région anterieure de la Vessie avec le péritoine aux différents âgès. Thèse de Lyon 1895 Torneremo su questo lavoro a proposito della sectio alta. — GEROTA, Anatomie und Physiologie des Harnblase. Archiw. f. Physiologie, 1897, pag. 428.

(5) LUSCHKA. Die Anatomie des Menschen, Vol II, pag. 219.

(6) QUAIN. Trattato di Anatomia Umana, trad Lachi, Milano 1899. Vol. III, parte I, a pag. 368 divide i legamenti della vescica in *veri* e *falsi* o peritoneali. — Il LUSCKA distingue un legamentum medium (l'uraco) da due ligamenta vescicae suspensoria e da due lateralia (V. pag. 237 della sua Anatomie des Menschen). Vedi pure. — BARKOW. Anatomische Untersuchungen ueber die Harnblase des Menschen Breslan, 1858.

verney ed il Müller già dal 1761 e dal 1836 avevano descritti degli elementi muscolari (1). Tali legamenti limitano in basso uno spazio virtuale, riempito da cellulare lasso, tra la vescica ed il pube e che si continua in alto fino all'ombellico, cui generalmente si dà il nome di cavità preperitoneale o del Retzius. La parete anteriore di questa cavità è formata dall'aponeurosi del m. grande retto dell'addome in alto e dalla fascia trasversalis in basso (2), mentre indietro lo spazio è chiuso dalla vescica e dal peritoneo coll'interposizione di una lamina ombellico prevescicale (3), estesa dall' ombelico alla fascia pelvica colla quale si confonde: di questa lamina il Testut da un'estesa descrizione (4), nella quale mi pare siavi molta analogia colle sdoppiature già descritte nel connettivo dello spazio del Retzius dal Bouilly (Thèse d'Aggreg 1881) e dal Charpy (Revue de chirurgie 1888) citati anche dal Debièrre (5). Va ricordato ancora uno spazio sovrapubico o cavum suprapubicum di Leusser compreso tra la fascia trasversalis, che si inserisce al labbro posteriore del pube, ed il m. grande retto che si inserisce al labbro anteriore. Nella regione prevescicale, che viene attraversata nella sectio alta, il connettivo peritoneale si fa assai spesso fino a divenire una vera membrana fibrosa alla quale il Cooper diede il nome di fascia propria: al davanti del cavo soprapubico si incontra lo strato muscolare della parete addominale che qui risulta costituita sulla linea mediana della fascia trasversalis e dalla linea alba (fusione delle espansioni aponeurotiche del trasverso, grande e piccolo obliquo), sui lati dai due muscoli retti e piramidali e dal trasverso, piccolo e grande obliquo più esternamente. I muscoli retti, al disotto delle arcate del Douglas (6), non sono più abbracciati dall' aponeurosi dei muscoli addominali, ma le divengono posteriori in modo da corrispondere direttamente alla fascia trasversalis. Questi due muscoli, sulla sinfisi pubica, non misurano trasversalmente, secondo il Delbet (7), che 3 centimetri e questo autore ritiene doversi tenere in tali limiti le incisioni trasversali in questa regione: nella

---

(1) Müller. Ueber den organ. Nerven des erectilen männl. geschlectorgane. Berlin, 1836, pag. 18.

(2) Cioè al disotto delle pieghe semilunari del Douglas.

(3) Il Retzius la chiamò fascia trasversa, il Farabeuf foglietto ombelico-vescicale, il Delbet foglietto allantoideo.

(4) Testut. Luogo citato, Vol. III, p. II, pag. 66.

(5) Debierre. Traité di Anatomie, Vol. II, pag. 629. Secondo il Delbet tale aponeurosi risulterebbe di due foglietti e l' uraco colle arterie ombellicali decorrerebbe nel suo spessore anzichè al didietro di esse. È doveroso ricordare come, antecedentemente a tante descrizioni, lo Scarpa nella sua memoria sul Taglio ipogastrico (Pavia 1825) avesse già chiaramente descritto questo spazio riempito da « uno strato considerevole di tessuto cellulare floscio, distensibile, pinguedinoso »: aveva pur anco notata la assoluta costanza di tale tessuto, come quello indispensabile pel fisiologico distendersi della vescica, anche nei soggetti più magri ed emaciati.

(6) Ossia 8-10 centimetri sopra il pube.

(7) Delbet. Anatomie chirurgiche de la Vessie, 1895. V. riassunto in Annales des maladies des organes genito-urinaires. Marzo, 1895.

guaina dei muscoli retti sono compresi i due muscoli piramidali, rudimentali nell' uomo, che terminano assottigliandosi e confondendosi nella linea alba. Lo strato muscolare è coperto all'avanti dalla fascia superficialis e dalla cute: la prima presenta sulla linea mediana un foglietto unico, mentre lateralmente (1) si sdoppia in un foglietto superficiale assai lasso ed in uno profondo più stipato e contiene nel suo spessore una ragguardevole quantità di tessuto cellulare adiposo: la cute è nell' adulto ricca di peli e presenta un lisère pigmentato che serve da punto di repere.

Tutti questi strati che il chirurgo deve attraversare nell' epicistotomia hanno secondo il Bouley uno spessore (2) che varia da 2 cm. (negli individui magri) a 4 cm. (nei grassi). Sulla sua via il chirurgo non incontra che qualche arteriola sottocutanea ed il (3) ramo pubico dell'epigastrica: non è facile la lesione del ramo pubico dell'otturatoria nè di rami venosi prevescicali.

Importa invece massimamente tener conto della disposizione anatomica dello spazio prevescicale, facile via di diffusione alle infiltrazioni orinose o purulenti: per le comunicazioni che ai lati di questo spazio esistono col resto del cellulare preperitoneale e col connettivo pelvico, i processi flemmonosi o le infiltrazioni urinose assumono qui generalmente uno speciale andamento se non grave, sempre minaccioso (4).

La faccia posteriore della vescica è interamente coperta dal peritoneo e corrisponde, coll'interposizione di questa sierosa, al retto, al colon pelvico ed a parte del tenue: quasi totalmente a spese di questa parete si compie la distensione della vescica.

Se noi apriamo la vescica, riconosciamo in essa i due recessus vesicas laterales (5), separati dal leggero rialzo sollevato dal retto, quando è disteso, nella parete postero-inferiore della vescica: in questi recessus trovano più facilmente posto, come ha fatto osservare anche il Delbet, i calcoli vescicali. In corrispondenza del triangolo interdeferenziale notiamo il cosidetto basso fondo vescicale che, come giustamente osserva il Testut (6), non diventa una specie di sfondato se non quando la prostata è ipertrofica: è quindi un fatto che cade piuttosto sotto sotto l'osservazione del clinico che dell'anatomico. Al davanti del basso fondo si riconosce il trigono del Lieutaud, limitato indietro dall'orletto inter-ureterico e coll'apice al collo vescicale.

Con quest'ultima denominazione gli anatomici hanno voluto indicare a volte un semplice punto di passaggio tra vescica ed uretra

(1) Ad un centimetro circa all'esterno della linea mediana.
(2) Bouley. Memoire sur la taille hypogastrique. Paris, 1883.
(3) Secondo il Poirier (Traité d' Anatomie, Vol. II. Paris, 1896, pag 814) questo ramo non si anastomizza con quello dell'altro lato ma si perde nel periostio del pube.
(4) Vedi Maas.
(5) Così detti dal Luschka. Luogo citato, pag. 226.
(6) Testut. Luogo citato, Vol. III, parte II, pag. 73.

(Testut), a volte un tratto intermedio tra questi, rivestito dallo sfintere vescicale (Tillaux): l'Hyrtl chiama questo nome inesatto e lo ritiene (1) più appropriato alla pars prostatica urethrae, il Luschka afferma « eine sich vorzüngende Forsetzüng der Blase an sich verstehen wollte, des Existenz eines Collum Vesicae durchaus nicht die Rede Sein » (pag. 221) ecc.; ma sarebbe solamente una curiosità il riferire le vicende di tale questione che troppo spesso fu questione di parole: colla maggioranza dei moderni autori intendiamo qui con questo nome l'orificio vescicale dell'uretra, che nell'adulto si presenta come una fessura trasversale, circondata da un ispessimento dello strato muscolare circolare dello sfintere vescicale o sfintere dell'uretra. Il collo vescicale trovasi in rapporto colla base della prostata e precisamente all' unione del terzo anteriore coi due terzi posteriori di questa base (2): la sua posizione fu precisata con numerose e minute ricerche e noi le ricorderemo a proposito dell'uretra fissa.

Le arterie vescicali superiori (dalla ombelicale), inferiori (dall'ipogastrica), posteriori (dall'emorroidaria media) e anteriori (dalla pudenda interna) si distribuiscono senza costituire pericoli apprezzabili nei vari tagli per la pietra. Le vene postero-inferiori si gettano nei pessi delle vescichette seminali; le vescicali anteriori e laterali sono di volume assai cospicuo ed immettono negli importanti plessi pubio-vescicale e vescico-prostatico che vedremo ora descrivendo la loggia prostatica (3).

La loggia prostatica o perineale superiore ha la forma di una doccia il cui pavimento è costituito dalla aponeurosi perineale media mentre l'estremo anteriore è chiuso dal pube, il posteriore dall'aponeurosi del Carcassonne e le pareti laterali sono formate da due piani fibrosi quadrilateri, estesi dai legamenti pubio-prostatici al retto e chiamati aponeurosi laterali o pubio-rettali.

Queste aponeurosi in basso s'inseriscono su quella perineale media ed in alto si attaccano colla loro faccia esterna alla fascia pelvica o perineale superiore (4). Ricordiamo che la fascia pelvica si

---

(1) HYRTL. Anatomia, pag. 578.

(2) HUE et GIGNOUX. Luogo citato, pag. 50.

(3) I linfatici della vescica negati per lungo tempo da molti autori (fra cui il Sappey), furono diffusamente descritti dagli Hoggan (1882) e specialmente dall'Albarran (1890). Odiernamente hanno, si può dire, anche una patologia e di essa faremo cenno nel seguito del lavoro (Vedi ALBARRAN. Tumeurs de la Vessie. Paris, 1892). Anche la conoscenza dei Nervi vescicali (loro origine, decorso, terminazione) ha portata anch'essa molta luce sulla fisiopatologia di quest'organo. Vedi G. CUCCATI. Nuove ricerche intorno al distribuimento ed alla terminazione delle fibre nervose nella vescica urinaria. Memorie della R. Accad. di Scienze, Bologna, 1889. RISSELEW. — Uber di Endigung des sensibeln Nerven des Harnblase. Med. Centralblatt 1869, N. 12. Vedi pure in LAUGER. Lehrbuch des Systematiche ùnd topographische Anatomie, Wien 1890 a pag. 308 diu. « die Lymphgefasse des Harnqlase sind zahlreich, nicht minder die Nerven ».

(4) Piuttosto che una aponeurosi, questa fascia pelvica è l'insieme di varie aponeurosi e cioè di quelle dell'otturatore interno, dell'ischio coccigeo, del piramidale e dell'elevatore dell'ano. Lo spazio contenente un lasso connettivo e compreso tra fascia pelvica e peri-

estende a tutto il distretto superiore e forma come un imbuto conico nella cui minore apertura sono come infossati la loggia prostatica all'innanzi, il retto all'indietro: « si parla anzi di un prolungamento della fascia sulla superficie esterna dei visceri, supposizione che non bisogna accettare letteralmente » (1). Nella loggia prostatica descriviamo il muscolo di Wilson, la prostata coll' uretra prostatica ed importanti tronchi venosi.

Il muscolo del Wilson si scorge bene divaricando i legamenti pubo-vescicali e pubo-prostatici e spostando i tronchi venosi che lo coprono: esso si stacca dal legamento sotto-pubico e, dirigendosi in basso e un po' indietro, va a determinare sulle faccie laterali ed inferiore dell'uretra membranosa. Il Paulet negò l'esistenza di questo muscolo, il Cadiat lo considerò come parte dello sfintere esterno dell'uretra, il Lesshaft lo diceva inserito al plesso e quindi riteneva dilatasse tali vene: il Denonvilliers ritiene che alcune fibre si spingono sulla prostrata e perfino al retto. il Cruveilher confuse questo muscolo coll'elevatore dell'ano (2), l' Henle ricorda come esso sembri la continuazione del trasverso profondo (3). Della sua azione l'ostacolo che talora esso oppone nel cateterismo ci spiega molto; il Bottini (4) dice: « noi dobbiamo considerare il muscolo del Wilson come il vero sfintere volontario se non del collo vescicale, certo del canale uretrale ».

La prostata (Vorsteherdrüse), di cui sono già noti, anche per quanto dicemmo prima, i rapporti esterni (5) e la forma, ha una lunghezza media di 28 mm., 40 mm. di larghezza e 25 di spessore (Testut); tali misure però sono assai variabili ed in genere, rudimentale nel bambino, questa ghiandola si ingrandisce molto nell' adulto raggiungendo dimensioni doppie o triple nella vecchiaia. Consta di tre lobi e quello medio (6), che anche normalmente forma la cosidetta ugola vescicale del Lieutaud, fu detto lobus pathologicus del Velpeau (Istmus prostatae di Huschke. Portion transversale di Amussat) come la sede prediletta degli ingrossamenti prostatici.

La prostata è attraversata dall' uretra in modo che il suo asse forma con quello dell'uretra una X, incrociandosi sotto un angolo di 15-20 gradi. Questa disposizione, indispensabile a conoscersi

---

toneo fu dal Richet chiamato spazio pelvi-rettale superiore in opposizione a quello pelvi-rettale inferiore o fossa ischio-rettale che già descrivemmo. I muscoli elevatore dell'ano e ischio-coccigeo colla fascia pelvica intercettano ogni diretta comunicazione fra questi due spazi.

(1) Rüdinger-Antonelli. Corso di Anat. topografica. Milano 1894, pag. 287.

(2) Citato dal Richet. Traité pratique d'Anat. chirurgicale. Paris 1866, pag. 713.

(3) Henle, Handbuch, ecc. Vol. II, pag. 508.

(4) E. Bottini. Lezioni sull'Iscuria prostatica. Su « La Clinica moderna », 15 marzo 1899, pag. 84.

(5) Il suo apice dista tre centimetri dall'ano.

(6) È il lobo medio o di Everard Home (Practical observ. on the treatment of the diseases of the Prostata gland. London 1811) che fu, come ricorda il prof. Bottini, pel primo riconosciuto e descritto dal nostro Santorini.

per praticare il taglio perineale, appare con molta chiarezza dall'esame di sezioni trasversali della prostata a distanze differenti dal collo vescicale (1); ci riuscirà pure di somma utilità la conoscenza della lunghezza dei diversi raggi che dall'uretra vanno alla faccia anteriore, posteriore e laterali della ghiandola.

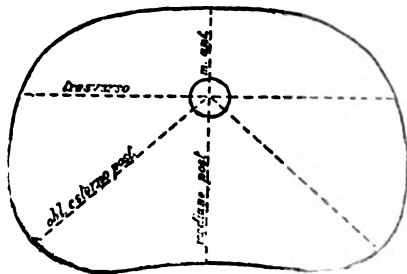
AUTORE	Raggio mediano ant.	R. mediano posteriore	R. trasverso	R. obliquo esterno posteriore
SENN, Recherches sur les differents éspeces de tailles, 1825 . . .		15-18	18-20	22-25
DUPUYTREN, Memoire sur l'opération de la pierre, 1836		15 17	42-50	22-25
JARYAVAY, (Traité d'an., ecc.) . .			16-19	23-24
VELPEAU.		6-12	10-16	16-20
PÉTREQUIN		13	40 nel vecchio	22
SAPPEY, (Traité d'anat. ecc.) . .		11-17	9-15	10 23
BEAUNIS ET BOUCHARD		17	15	22
DELBEAU.		15	13	18
THOMPSON, (Traité des maladies de voies urinaires)		15	13	22
TESTUT	4	18	16	24

Come appare dall'unita tavola il più grande è il raggio obliquo esterno posteriore (in media 22 millimetri); segue il trasverso, il mediano posteriore e mediano anteriore.

È indispensabile ancora ricordare un altro rapporto interno della prostata, quello coi canali eiaculatori che, entrati nello spessore della ghiandola della sua base, convergono fra loro tenendosi a pochi millimetri dalla linea mediana e vanno a sboccare all'apice del veru montanum, lateralmente all'otricolo prostatico. Lo stroma muscolare della prostata deriva interamente, come potè precisare il prof. Bottini con preparati ottenuti coll'azione dell'ac. cloridrico al 5 %, dal detrusore vescicale; a queste fibre se ne aggiungono alcune provenienti dall'elevatore dell'ano (levator prostatæ). Dalle cripte ghiandolari partono numerosi dotti escretori che vanno a sboccare nell'uretra attorno al veru montanum. Il sangue a questa ghiandola proviene da rami delle vescicali inferiori e delle emorroidarie medie, ma

(1) Vedi TESTUT. Luogo citato fig. 101 a pag. 176 del Vol. III, pag. 2.

pel volume e pel decorso preoccupano il chirurgo assai meno delle vene. Queste ultime si gettano nel plesso vescico-prostatico, il quale, anastomizzandosi in avanti con quello del Santorini e indietro con quello delle vescichette, forma un intreccio venoso cospicuo, la cui lesione va evitata con ogni cura.

Il plesso del Santorini è posto (1) dietro e sotto il pube e, come ha fatto osservare il Waldeyer (2), piuttosto che essere mediano, esso è costituito da due gruppi laterali di vene che ricordano i cordoni nodosi del varicocele scrotale; il Farabeuf (3) ritiene qui improprio il nome di plesso « qui implique l'adiectif inextricable, quand'ils'agit de vaisseaux que je crois pouvoir séparer et rattacher à un type constant, au type arteriel ». In questo plesso sboccano, oltre a numerose vene vescicali, le vene cavernose, le bulbose e la vena dorsale profonda dal pene e da esso partono numerosi tronchi che, unendosi ad altre vene vescicali ed alle prostatiche, formano attorno alla prostata i plessi vescico-prostatici o peri-prostatici. Flebiti ed emorragie difficilmente domabili sono conseguenze quasi necessarie di ogni lesione di una qualche entità portata a questi plessi; tale emorragia, come dice il Bottini « vela e maschera ogni ulteriore atto operativo, quando non compromette direttamente la vita del paziente ».

Sezione trasversale della prostata.

Subito sopra la base della prostata incontriamo le vescichette seminali (4), lunghe in media 5-6 centimetri ed in istretto rapporto col retto e collo sfondato peritoneale retto-vescicale come già vedemmo; esse hanno una forma conica con apice anteriormente (5) e sono circondate da un tessuto connettivo muscolare a fibre liscie, nel quale si anastomizzano i tronchi venosi del plesso delle vescichette; al lato interno di questo decorrono i canali deferenti limitando il triangolo interdeferenziale cui già abbiamo accennato. Il connettivo che avvolge le vescichette è una dipendenza dell'aponeurosi prostatica laterale (fascia retto-vescicale di Tirrel) (6) ed esso, assieme all'aponeurosi prostato peritoneale, si frappone a separare le vescichette dal retto. Nella loggia prostatica è ancora compresa porzione dell' uretra

(1) Budge. Ueber den Plexus venosus Santorini. Berliner Klin. Wochenschrift 1875, N. 34 e Gillette. Récherches anatomiques sur les veines de la vessie et sur les plexus veineux intrapelviens. Journal de l'Anatomie 1869, pag. 470.

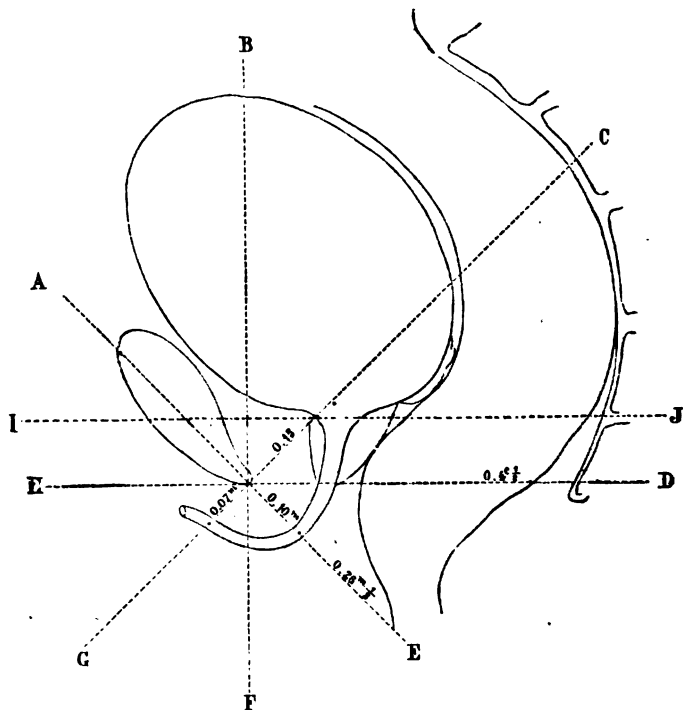
(2) Waldeyer. Anatomia dell'arcata pubica e della regione prevescicale. Atti del Congresso della Deutsche Chirurg. Geselschaft del 1888.

(3) Farabeuf. Precis de Manuel Operatoire, IV ediz. Paris Masson 1893-95, pag. 1028.

(4) Guelliot. Des Vésicules, Anatomie et Pathologie. Thèse de Paris 1882.

(5) Continuantesi coi canali eiaculatori in corrispondenza della base della prostata.

(6) Hyrtl. Manuale di dissezione pratica Milano, Vallardi, pag. 431.

membranosa e tutta l'uretra prostatica, ossia buona parte dell'uretra fissa. Dicemmo già come l' uretra decorresse molto più vicino alla faccia superiore della prostata che non alle altre; qui ci occuperemo specialmente dei suoi rapporti colla sinfisi pubica, attorno alla quale essa descrive un arco di cerchio. Il collo vescicale ha un diametro medio, secondo lo Scarpa, di 8 millimetri, ma, aggiunge Yaryavay (1) « cet orifice c'est essentilement dilatable »; secondo lo stesso Yaryavay esso disterebbe dalla cute del perineo 57-70 millimetri, secondo il Dechamps 54 mm. nei magri, 93 nei grassi, secondo il Dupuytren

Schema inteso a mostrare i rapporti del collo della vescica col pube.

66 mm.; il Disse (2) trovò che la distanza del collo dalla coniugata dell'escavazione pelvica in 7 maschi adulti variava da 44 a 65 mm.; secondo il Bilandin, il Velpeau ed il Malgaigne il collo corrisponde alla parte media della faccia posteriore della sinfisi pubica, mentre il Richet lo pone (3) 15-20 mm. dietro il bordo inferiore della sinfisi; più attendibili sono le misure del Testut e del Tillaux che sono riassunte nello schema qui unito, in cui sono pure riconoscibili le distanze degli altri punti dell'uretra fissa (4). Assai precise sono le conclusioni

(1) Yaryavay. Traité d'Anatomie Chirurgicale. Tomo II, 1852.
(2) Citato dal Quain. Trattato d'Anatomia, Milano 1899, pag. 287. Vol. III, pag I.
(3) Citato dal Debièrre Traité d'Anatomie. Vol II, pag. 631.
(4) Testut. Vol. III, p II. pag, 86. Tillaux. Anat. topogr. Vol. II, pag. 882.

cui arriva il Testut nel suo lavoro « Sur la topographie de l'Urèthre-fixe, étudieé sur des coupes de sujets congelées ». Lyon 9 luglio 1894, e cioè: 1.° Le col de la vessie, tout d'abord, se trouve constanment situéau dessus et en arrière de l'extremité inférieure de la symphyse (distandone in media 23 mm.); 2.° La corde de l'arc que décrit l'urèthre fixe autour de la symphyse est, en moyenne, de 55 mm. (pel Sappey è di 70 mm., pel Braune di 75 mm.); 3.° L'urèthre fixe se compose d'un segment initial à peu près rectiligne et d'un segment terminal, également rectiligne, réunis l'un à l'autre par une courbe de raccordement (V. Comptes rendues de l'Acad. des Sciences, 9 luglio 1894). Riguardo alla lunghezza dell' uretra sarebbe superfluo riferire le numerose ricerche fatte e seguite dai più differenti risultati; in media, per la porzione prostatica è di 28-30 mm. ed il diametro di tale porzione (in corrispondenza della dilatazione prostatica) è di 12 mm. mentre nella membranosa è di soli mm. 9; si ricordi però la grande dilatabilità, che può giungere, senza produrre alcuna lacerazione, a 25-28 mm. Oltre allo sfintere interno, negato dal Griffiths (1), l'uretra prostatica è ancora attorniata dallo sfintere esterno, striato, il quale si estende pure sull'uretra membranosa fino all'aponeurosi media. Incompleto posteriormente, questo anello muscolare si ispessisce e si completa verso il basso ed assume, attorno all'uretra membranosa, uno spessore di 4-5 mm. (2). L'uretra membranosa corrisponde alla parte più declive della curva uretrale, trovandosi a 2 cm. sotto la sinfisi del pube, ed è lunga un centimetro e mezzo; chirurgicamente le si deve annettere grande importanza essendo la sede di predilezione dei restringimenti infiammatorî e delle rotture violente; pel nostro assunto presenta un particolare interesse cadendo su di essa il taglio nella cistotomia perineale.

PARTE II.

I vari metodi di litotomia e la litotomia prerettale del Nélaton.

I fenomeni dolorosi tanto spontanei che provocati, i disturbi della minzione (1) (specialmente l'aumentata frequenza e l'interruzione brusca del getto) e le modificazioni dell' urina (frequenza di abbondanti cristalli, di muco, di pus, di sangue, ecc.) costituiscono la triade sintomatologica che permette di porre la diagnosi di calcolosi vescicale: l'esplorazione digitale per la via del retto e quella strumentale della vescica cerziorano il diagnostico e forniscono al chirurgo altri dati preziosi per riconoscere varie condizioni come il numero, la grandezza, la forma, la natura chimica e posizione del calcolo, ecc.,

---

(1) Griffiths. Observ. on the urinary Bladder und Urethr, nel Journal of Anatomy and Physiol, 1891, Vol. XXV.

(2) Testut. Anatomia. Vol. III. P. II, pag. 187.

(3) Guyon. Lecons cliniques sur les maladies de voies urinaires. Paris, Baillière 1881 — Ancelin. Du diagnostic de la pièrre dans la vessie. Thèse, Paris 1879.

che tutte possano concorrere ad una scelta razionale del metodo curativo da impiegarsi. E conviene qui ricordare come un aiuto talora prezioso hanno ultimamente prestato alla diagnosi la radiografia (1) e la cistoscopia (2), alle quali noi qui non possiamo che accennare.

Odiernamente, posta la diagnosi di calcolosi vescicale, il chirurgo ha a sua disposizione mezzi adeguati all'impresa, fra i quali il suo criterio clinico non può rimanere dubbioso nello scegliere quello che più convenga al caso che gli sta dinanzi.

Il trattamento colle cosidette sostanze litontritiche non ha oggidì che un'importanza storica, nè maggiore ne hanno i tentativi del Bounier, del Prévost, del Dumas, del Bonnet di osare a tale intento la energia elettrica. È ricca e curiosa specialmente la storia delle prime (3): quando si pensa che nel lavoro del Brenning (4) i soli nomi delle sostanze impiegate a scopo litontritico occupano dieci fitte pagine, dai millepiedi e dagli scorpioni al succo gastrico (Spallanzani), dagli asparagi, (Avicenna) alla malva, al lapis in spongiis di Dioscoride, al citrato di calcio, al salnitro, (Thompson) alla moderna piperazina (5), ci risovviene delle Amaenitates materiae medicae del Wedel di Jena ed il pensiero corre a quei sofferenti di calcolo vescicale, che con entusiasmo di neofiti inghiottono quotidianamente più litri delle acque di Wildungen, di Salzbrun, di Vichy, di Karlsbad . . . , . « Se ad ogni emissione di orina il paziente deve soffrire spasimi atroci pel contatto rude del calcolo colla mucosa (6) vescicale, più si obbliga senza bisogno l'individuo ad orinare e piu si ripetono e si moltiplicano i tormenti. Ciò è logico, chiaro, evidente come una massima Cartesiana, eppure si seguita e si seguiterà a lungo a fare tutto il contrario di quanto la logica dovrebbe insegnare ».

In alcuni casi, forse meno rari di quanto non si creda, fortuna vuole che un piccolo calcolo sia spontaneamente emesso per l'uretra (7) e ciò segue talora alla cosidetta frammentazione spontanea di un calcolo in vescica che fu già osservata dal Leroy d'Etiolles, dall'Ord (8) dal Civial, dal Fenwick ed alla quale ha recentemente portato un

(1) HERMANN KÜMMEL. Der Bedeutung des Roeutgen'schen stralen für die chirurgie Archiw f. Kl. Chirurgie 1897. B. 55 pag. 195. — BRUNS. Calcoli nei fanciulli. Radiografie. Centralblatt f. Chirurgie dal 23 settembre 1899. — LAURIE AND LEON. Notes on the photographie of renal and vesical calcul by the Xrags. Nel Lancet 16 genn. 1897.

(2) Vedi le tavole colorate della 39.ª alla 45.ª nel Atlas der Cystoscopie di E. BURCKHART. Basel 1891.

(3) THOMPSON. Nel Lancet del 5 aprile 1873 p. 476. A lecture on the treatment of stone in the Bladder by solvents.

(4) BRENNING. Ueber Steinlösende Mittel. Eine historisch e studie, pubblicato nella Dermatologische Zeitschrift.

(5) BIESENTHAL. Ueber das Piperazin. Erfahrungen bei gicht und Nierensteinleiden. Berlino 1892. — È una vera amenità storica la compera della famosa ricetta segreta di Giovanna Stephens fatta per 125000 lire dal Parlamento Inglese nel 1739. — Vedi HARTLEY De Lictontriptico ab Joana Stephens nuper invento, Bathonire 1746.

(6) BOTTINI. Lezioni sulla iscuria prostatica. Nella Clinica Moderna 1898 p. 195.

(7) MERCIER. De l'expulsion spontanée des calculs de la Vessie. Thèse Paris 1881.

(8) ORD. Spontaneous Desintegration of Calculi. Nel Britisch med. Journal del 10 Maggio 1879.

contributo il Dott. Severeano di Bucarest (1) al congresso internazionale di Mosca del 1897.

In via generale però la cura chirurgica si impone e con essa la scelta del mezzo più appropriato: la cistotomia e la litotrizia, dopo avere per tanto tempo tenute vive le discussioni dei clinici (2), si presentano oggidì con indicazioni e controindicazioni ben determinate per ciascuna di esse.

Quando nella prima metà del secolo attuale per opera del Civial, dell'Amussat, del Leroy d'Etiolles, la Litotrizia potè « ricevere (3) un battesimo di pratico valore, nella foga dell'entusiasmo per una risorsa che esaltava il bello dell'arte accoppiandolo al maggior bene degli infermi, si erano per modo corse le poste da scordare tutti i servigi resi dalla cistotomia, che pure ebbe ed avrà i suoi meritati trionfi ».

Troppo lungi ci condurrebbe l'esporre anche sommariamente le ricerche della lunga discussione tra i partigiani dell'uno e dell'altro metodo (4): odiernamente in generale un più preciso criterio terapeutico e l'osservazione clinica diuturna hanno ridotto nei giusti limiti le rispettive indicazioni e controindicazioni. La litolaplassi, eseguita coi moderni istrumenti e secondo il metodo del Bigelow (5), è il processo di elezione (6); essa è invece controindicata:

1.° negli individui nell'età infantile (7);

2.° nei restringimenti uretrali la cui dilatazione forzata rappresenterebbe una non indifferente complicazione dell'atto operativo;

3.° nell'ipertrofia prostatica;

4.° nella cistite specialmente la cronica o della forma ulcerosa o difterica.

5.° nei casi di calcoli eccessivamente duri;

6.° nei casi di calcoli eccessivamente grandi che non permettono il comodo maneggio del litontritore in vescica.

---

(1). SEVEREANO. In una comunicazione al Congresso di Mosca (agosto 1897) riferì un caso di frammentazione in due pezzi di un calcolo di 30 gr. e ne discusse il meccanismo, ricordando le teorie del *Civial* (o delle contrazioni vescicali), dell'*Ord* (o dell'esplosione per imbibizione di orina) e del *Leroy* d'*Etiolles* (o dell'esplosione per disseccamento del nucleo del calcolo).

(2) PHILIPS. Ch. Traité des maladies des voies urinaires. Paris — Baillière 1860 — NICOLAI. Die Geschichte der Litotripsie und Litotomie. Berlino 1898.

(3) BOTTINI. La litolaplassi. Milano, febbraio 1881. Ed. Vallardi pag. 39 in letture sulla Medicina Volume I, N. 2.

(4) Vedi, a proposito del parallelo tra litotrizia e cistotomia. — CIVIALE. La lithotritie et la taille. Paris 1870. — HENRI THOMPSON. Praçtical lithotomy and Lithotrity. I ed. London 1863. — — BLANDIN. Parallèle entre la taille et la lithctritie.

(5) KIRMISSON. Des modifications modernes de la lithotritie. Paris 1883. — Descrive accuratamente la tecnica della moderna litolaplassi e conclude affermando che « Bigelow a realisé dans la chirurgie des voies urinaires un immense progrés ».

(6) CABOT. Observations upon stone in the Bladder, nel Boston Journal del 29 settembre 1898. — W. MARC. Practische Erfahrungen auf den Gebiete der Blasensteinen Operationen. Centralblatt. für Krank der Harn, und sex-organen Vol. IX. 6. — TILLAUX. Chirurgia Clinica Vol. II pag. 199.

(7) BOTTINI. La litolaplassi. p. 46.

7.° nei casi di calcoli posti in diverticoli vescicali;
8.° nei casi di vescica irritabile.

Quest' ultima controindicazione non è tanto rara come si credeva un tempo: ho avuto occasione di seguirne un caso tipico in un signore di 58 anni nella Clinica Operativa del Prof. Bottini, in cui non fu assolutamente possibile eseguire la litolaplassi e si dovette ricorrere al taglio prerettale. Il Peier (1) considera questa affezione come una neurosi, una iperecittabilità idiopatica della vescica, che insorge specialmente in seguito a gonorrea, ad accessi sessuali, ad alcoolismo, a fatiche morali e corporee, a raffreddamenti, ecc. e ne studia la diagnosi differenziale dalla ipereccitabilità secondaria: essa si manifesta specialmente con tenesmo vescicale, accompagnato da dolore più o meno intenso e talora a disturbi intestinali per via riflessa dallo splacnico (2).

Ora, se colla scorta di tali concetti riconosciamo indicata una cistotomia, con quale metodo la eseguiremo? L'esperienza clinica, base tetragona del nostro sapere, illuminata dalle diffuse premesse anatomiche che abbiamo poste e dalle nozioni fisiopatologiche, non ci lascerà a lungo dubbiosi sulla via da seguire: in questo come in molti altri casi « l' indugio (3) nel provvedere è altrettanto funesto del morbo, per non dire più funesto ».

Le conoscenze fisio-patologiche a noi indispensabili riflettono in generale le condizioni del paziente, ma più specialmente lo stato delle sue vie urinarie, come quello che può assumere una importanza somma tanto in riguardo alla esecuzione dell'atto operativo come al successivo andamento della ferita praticata nei tessuti. Il Guyon (4) ammonisce che « l'abilité chirurgicale ne consiste pas à lutter à force d'adresse contre les difficultés qui se présent; nous devons les prévoir... la réussite, peut échapper au plus brillant, elle fait rarement defaut au plus instruit et au plus attentif »; e sarà logico il nostro intervento quando lo adatteremo alle condizioni generali e locali di chi richiede l'opera nostra.

Ognuno conosce l'aspetto dei cistospatici: viso generalmente magro, pallido, occhi infossati, un'espressione come di chi è preoccupato da gravi pensieri, talora come di stupore; riconosciamo tosto che la lingua è patinosa, secca e tutto l'apparato digerente funzionante con grande irregolarità: talora vi è vomito, diarrea, disturbi dispep-

---

(1) Nella Wiener Med, Presse del 29 novembre 1895.

(2) Sulle vie d' innervazione della vescica, vedi Kapsammer e Pal. — nella Wiener Klin. Wochenscrift 1897 n. 22, riassunto della Riforma Medica del 1897, pag. 838, II Vol. Instekienko. — Sui rapporti del ganglio simpatico mesenterico inferiore coll' innervazione della vescica e coi movimenti automatici di essa.

(3) Bottini. — La prima centurie di amputazioni della lingua per carcinoma. Milano, Vallardi pag. 21.

(4) Guyon. — La psycologie et la pratique de la chirurgie urinaire. Lezione. — In Annales des maladies des organes Gen. urinaires. Novembre 1898 pag. 1122.

tici cui non di rado s'aggiunge un vero stato febbrile con cefalea, con leggera dispnea, con aumento della frequenza del polso, anche subdelirio. Naturalmente il quadro generale varia entro tinte assai diverse: lo studio clinico della calcolosi vescicale offre largo campo ad osservazioni di grande interesse, specialmente quando se ne notino le variazioni nei diversi individui, nelle diverse età (1), nei diversi periodi ad alternative di remissioni ed esacerbazioni dei fenomeni locali. Assai difficile riesce in generale lo stabilire il momento dal quale le manifestazioni generali su ricordate debbansi ritenere manifestazioni dell'assorbimento urinoso: l'indice solito è la comparsa della febbre la cui patogenesi fu oggetto di tante ricerche e diede origine a tante teorie da quelle di Velpeau (2), di Cirial, di Reybard (3), alla teoria renale del Malherbe (4), a quelle dell'assorbimento urinoso nella vescica del Girard (5), ecc. La teoria parassitaria è certo destinata a portare grande luce nella eziologia di questa affezione, come in quella della cosidetta febbre uretrale consecutiva anche ad un semplice cateterismo. Lo svilupparsi di uno stato infiammatorio locale, consecutivo all'introduzione di un corpo estraneo in vescica o ad una ferita uretrale o vescicale, fu presto spiegata: rimaneva a spiegarsi l'insorgenza dei fenomeni generali proprî della febbre urinosa ed un notevole contributo fu quello portato dalle moderne ricerche sul potere d'assorbimento della mucosa vescicale tanto allo stato sano che in quello patologico (6), e fra esse ricordo in ispecie quelle recenti del D. Ianni (7).

La parziale ritenzione d'urina e la irritazione meccanica necessariamente prodotta dalla presenza del calcolo sulla mucosa vescicale, costituiscono due momenti perturbanti la nutrizione di quest'ultima, tanto da permettere il facile sviluppo di microrganismi patogeni (8);

---

(1) Alcuni sintomi di calcolosi vescicale sono caratteristici dei bambini, ad es il prolasso rettale, ecc. vedi D'Arbois de Jubainville. — Contribution à l'étude des symptomes et du diagnostic des calculs vésicaux de l'enfant. Paris 1898, pag. 22 e 45. Fournier. — Des calcus vésicaux et de la lithostritie chez l'enfant Paris 1874. Morgan. — Sintomatologia e cura dei calcoli vescicali nei bambini. Riforma Medica 1892. Vol. IV pag. 666.

(2) Velpeau. — Lecons de clinique chirurgicale 1840 Vol. III, pag. 324.

(3) Reybard. — Traité pratique des rétrécissement du canal de l'Urethre 1853 pag. 401.

(4) Malherbe. — La fiévre dans le maladies des voies urinaires. Paris Thèse del 1872.

(5) Girard. — Résorption urineuse et uremie dans les maladies des voies urinaires. Thése de Paris 1873.

(6) Bazy. — Du pouvoir absorbant de la Vessie. Annales des mal. gen. urinaires Anno 1894 pag. 706 L'A. ottenne l'assorbimento anche in vesciche sane. Cazeneuve et Lépine. — Sur l'absortion par la mouqueuse vésicale. Comptes rend. de l'Acad. des Sciences, Tomo 93. Fleischer und Brinkmann. — Ueber der Resorption-Vermögen der Blase. Deutsche Med. Wochen. 1880. Foeling. — Ueber Resorptionfähigkeit der gesunden Harnblase, nel Centralblatt f. Chirurgie 29-4-1899.

(7) Ianni. — Sul potere e sulle vie di assorbimento della vescica urinaria (ricerche sperimentali) Riforma Med. del 20, 21, 23 gennaio 1899.

(8) Charcot-Bouchard-Brissaud. — Trattato di medicina: patologia generale delle infezioni Vol. 1, pag. 167.

se nei calcolosi è meno frequente che in altre malattie delle vie urinarie (ad es. nell' ipertrofia prostatica) un corteo di fenomeni uremici gravi, ciò non contraddice al fatto che quasi costantemente si incontrino urine ammoniacali ed un grado più o meno intenso di cistite. « Voit-on jamais vessie saine avec une pièrre de gros et même du moyen volume? » Si chiede lo Chauvel (1) e, sebbene il Guyon faccia notare che spesso non è la cistite effetto della calcolosi, ma questa di quella (2), terapeuticamente le deduzioni sono le stesse, dovendosi ricordare unicamente l' influenza dannosa che sull'andamento della ferita operatoria la cistite può esercitare. Ma se i microrganismi non s'introducevano con nessun cateterismo, con quale meccanesimo la fermentazione ammoniacale e la cistite potevano tuttavia insorgere?

A questo riguardo gli studi sulla fermentazione ammoniacale e sulla eziologia della cistite progredirono, si può dire, di pari passo e noi qui non possiamo che accennarli ricordando che specialmente una delle prime osservazioni, quelle del Nepveau (3), le ricerche del Leube e del Graser (3) ed il bel lavoro sulle infezioni delle vie urinarie del Roswing di Kopenaghen (riassunto nella Klin. therapeutiche Wochenscrift del 15 gennaio 1899.)

Secondo i risultati di questi e di altri (4) lavori, delle condizioni speciali, generalmente irritative, dell' intestino o degli organi genitali permetterebbero il passaggio del bacillus coli principalmente ed anche dei comuni cocchi piogeni dai detti organi nella vescica. Qualunque sia ad ogni modo il grado delle alterazioni vescicali, ce ne assicureremo coll'esame delle urine e specialmente della loro reazione, disciplinando rigorosamente la condotta nostra qualora le trovassimo alcaline. Non occorre più oltre insistere per mettere in luce la necessità di saper prevedere l' influenza più o meno funesta che da uno stato patologico della vescica può risentire il processo di cicatrizzazione delle pareti che noi incideremo. L' intero apparato urinario poi presenta delle condizioni speciali necessarie a conoscersi, specialmente nelle calcolosi di lunga data; tale è la sclerosi da litiasi, diffusa tanto al rene che all' uretere ed alla vescica che si presenta con pareti notevolmente irrigidite e grosse, il cui ispessimento viene in generale

---

(1) Chauvel. — Art. Cistotomie nel Dictionnaire del Déchambre Vol 35.°.

(2) Guyon. — La cjstite et les calculs de la Vessie, nel Bull. Médical-Paris Vol. XI pag. 321.

(3) Nepveau. — Mémoires de chirurgie, Paris Delahaye 1880, a pag 27 riferisce un caso in cui trovò microrganismi nell' urina di un uomo che non era mai stato cateterizzato.

(4) Leube und Graser. — nel Virchow' s Archiv pag. 555 del volume 100.

(5) Golberg, — Ueber Bacteriurie nel Centralblatt für die Krank. der Harn und sexualorg. 1895 pag. 349. Barlow. — Ueber Bacteriurie, Deutsch Archiw. f. Klin. Medicin, Volume 57.° anno 1897. Nathan. — Nel medical Record del 15 gennaio 1898 pubblica tre casi di pas saggio del bac. coli nella vescica: in due casi vi era ostruzione intestinale, nel terzo elmintiasi.

accresciuto dall' ipertrofia della tonaca muscolare dovuta allo sforzo per vincere l'ostacolo che talora si oppone alla minzione. Contemporaneamente lo stato irritativo prodotto dal corpo estraneo sull'apparato urinario s'esplica con un certo grado di iperemia, più evidente là dove anche di norma troviamo grossi tronchi o spazì sanguigni (plesso del Santorini, periprostatico, ecc. corpi cavernosi, bulbo dell' uretra). Non si dimentichi di assicurarsi della esistenza o meno di pieliti od ureteriti talora purulente.

Una conoscenza esatta delle condizioni del sistema vasale sanguigno (1) ed anche linfatico (2), unita ad una giusta valutazione delle condizioni generali in quanto possono o meno favorire un processo infettivo locale (3), ci renderà agguerriti contro ogni evenienza.

CISTOTOMIA IPOGASTRICA.

Questo metodo, genialmente ideato da Pietro Franco nel XVI secolo (4), fu sostenuto dal Roussel, da Nicolò Piétre (1635), dal Bonnet (1681) e giunse fino al principio del 1700, sebbene intrapreso di rado e combattuto da Francesco Collot; ma nel 1710 s' inizia la serie di più lusinghieri risultati col Groeneveld (5), col Cheselden e col Douglas (6) (1724), col Morand, col Winslow, col monaco del convento di Feuillans (7). Fu specialmente in Italià col Paolucci, col Vaccà Berlinghieri, coll'immortale Scarpa (8) che questa operazione (9) ricevette nuovo impulso fino a giungere, sotto l'usbergo della asepsi e dell'antisepsi, a rendere dubbiosi i chirurghi tra essa e la cistotomia perineale che vantava un passato di molti secoli.

In questo atto operativo, quale oggi si eseguisce, possiamo distinguere quattro tempi:

1.° Incisione delle pareti addominali.

2.° Ricerca ed incisione della vescica.

---

(1) Oggi più che un tempo riconosciuto importante nella formazione delle cicatrici, ritenendosi che i fibroblasti derivino in massima parte dagli endotelî vasali, anzichè dalle cellule migranti: vedi TILLMANNS. — Lehrbuch der Allgemeine Chirurgie-1896. Vol. I pag. 235.

(2) PASTEAU. — Etat du Sistème lymphatique dans les maladies de la Vessie et de la Prostate. Annales des maladies gen-urinaires. Marzo 1899.

(3) GUYON. — Rapport de l' intoxication et de l' infection urinaires. Annales des mal. gen-urinaires dicembre 1896, pag. 1081. Vedi pure il lavoro assai completo, ed in corso di pubblicazione nella Clinica Chirurgica, luglio 1900, del Prof. Parascandolo « Contributo all'eziologia e patogenesi della Cistite ».

(4) TRAITÉ DES HERNIES, pag. 139-140.

(5) GROENEVELD. Compleat treatise on the stone and gravel. London 1710.

(6) DOUGLAS. Nouvelle méthode de faire l'operation de la taille. Paris, 1724.

(7) FRATE COSIMO. Nouvelle méthode d' extraire la pierre de la vessie par dessus le pubis. Bruxelles, 1779.

(8) SCARPA. Memoria sul taglio ipogastrico. Milano, 1820.

(9) GÜNTHER. Der hohe steinschnitt seit dem Ursprung bis zür jetzigen Ausbildung Leipzig, 1851.

3.° Esportazione del calcolo.

4.° Trattamento successivo della ferita vescicale ed addominale.

Il primo tempo si eseguisce generalmente lungo la linea alba scendendo fino sul pube, dopo aver posto il paziente nella posizione del Trendelenburg; il Bruns, il Trendelemburg, il Bardeneuher e molti altri usano invece l'incisione trasversale al disopra della sinfisi ed anche il Kocher taglia (1) quasi interamente le inserzioni dei muscoli retti al pube, insieme ai m. piramidali. Tale incisione, da una parte più favorevole ai maneggi nella vescica, dall'altra fu accusata (2) di rendere più difficile il deflusso dei liquidi dalla ferita; ad ogni modo è certo che richiede un tempo maggiore per la guarigione (3) e più facilmente predispone alle ernie post-operatorie (4). A proposito del primo tempo dobbiamo ricordare ancora alcune variazioni escogitate da qualche Autore per giungere più direttamente sulla vescica.

Il v. Braman, dopo il taglio trasversale dei tegumenti, reseca la parte superiore della sinfisi pubica per tutta l'estensione dell'attacco dei due retti; l'Helferich reseca pure un rettangolo osseo nella parte superiore della sinfisi pubica rovesciandolo poi in alto coi muscoli (5), metodo trasportato in ginecologia dal Credé come facilitazione nella isterectomia addominale alla Freund; il Kock (6), dopo aver fatta una incisione a croce sulla sinfisi, ne fa la resezione totale subperiostea; il Niehans ha (7) pure usato una resezione osteo-plastica temporaria della parte anteriore del bacino, ma tanto questo metodo come quello del Koch non offrono un compenso alla loro complicatezza tecnica se non in casi di tumori della vescica o della prostata inaccessibili per altre vie, il Langenbuch (8), per raggiungere più direttamente la vescica, ha pensato di penetrare al disotto della sinfisi pubica con un'incisione ad Y capovolto, abbracciante colle sue due branche divergenti la radice del pene; tagliato il legamento sospensore, passa tra le due metà del plesso del Santorini e raggiunge la vescica subito sopra il suo collo. Il fatto che questa via dà « eine geraünige und tiefstgelegene Abflüssöffnung aus der Blase », non può far di-

---

(1) Kocher. Manuale atlante di medicina operatoria. Milano, Vallardi 1899, pag. 204.

(2) Il Reck. (Ueber den hohen steinschnitt) disse che con questo taglio « das Ausfliessen von Blut, Urin und Eiter aus der Wunde erschwert und eine Urininfiltration erlerchtert ».

(3) C. Belin. Vergleichende Beurtheilung der verschied. Schmittmethoden. Strassburg 1894, pag. 15.

(4) Il Belin. (Luogo citato, pag. 20-27) ne ricorda sette casi dello Schmidt, del Tiling, del Bell, del Trendelemburg, dell'Albarran,, ecc. in seguito generalmente alla cura così detta aperta della ferita. Desnos. La désinsertion des muscles droit dans la taille hypogastrique. Annales des mal. gen. urin 1896, pag. 1069.

(5) Ueber partielle Resection der symplise als Hülfsmittel für Operationen an der Harnblase. Relazione al congresso tedesco di chirurgia del 1888.

(6) Nella Berliner Klin. Wochenschrift del 1888. N. 20.

(7) Nel Centralblatt für Chirurgie N. 3. dell'anno 1888.

(8) Sectio alta subpubica. Berlino 1888. É analoga alla Sectio vestibularis nella donna.

menticare il grave pericolo di emorragia (1) e la enorme sproporzione fra lo spazio che ci possiamo fare ed il volume ordinario dei calcoli. Il Tuffier, dopo l'introduzione della sinfisiotomia in Ginecologia per opera del Morisani e dello Spinelli, lo applicò nella Cistotomia ed inventò un apposito divaricatore a tale scopo (2).

Tutti questi tentativi, secondo me, valgono maggiormente a dimostrare la difficoltà tante volte incontrata dai chirurghi nel secondo tempo. Tagliati i tegumenti nell' uno o nell' altro modo, l' operatore non ha da impensierirsi per emorragia alcuna, solleva la piega peritoneale qualora scenda molto in basso e procede con un istrumento ottuso nello spazio del Retzius...., eppure talora non riesce a trovare la vescica. Per chi ricordi i lunghi studi sulla posizione della vescica, sulla sua dilatazione combinata alla distensione rettale sembrerà tale evenienza a tutta prima impossibile, ma anche recentemente furono riferiti dal Dr. Sergi Trombetta (3) due casi della clinica del professore Trombetta di Messina, in cui non fu possibile in nessun modo di trovare la parete anteriore della vescica. Ed io credo che nelle pazienti ricerche fatte sulla capacità vescicale siansi forse troppo dimenticate le condizioni della vescica sul vivo e specialmente nei calcolosi, siasi cioè fatto un lavoro troppo da anatomico e poco da fisiologo, da clinico. Greic Smith (4) nelle premesse anatomiche sulla cistotomia ipogastrica nota che « the level of peritoneal reflection is more variable, but may extend to any distance betwen zero and three inches above the pubes » ed infatti nei vari trattati troviamo risultati assai differenti, fra i quali le ricerche del Sappey vennero a gettare un po' più di luce. Mentre il Richet (5) sosteneva che la vescica distendendosi venisse a mettersi direttamente in contatto colla fascia trasversalis, ed erano con lui il Blandin, il Bouley, ecc, le ricerche del Sappey (6) dimostrarono che l'apice della vescica « ne se porte pas directement en haut entre la paroi abdominale et le péritoine; il se porte en haut et en arrière »; di qui la formazione di un cul di sacco peritoneale prevescicale che, secondo lo stesso autore, dista in media 4-5 cm. dal margine superiore della sinfisi pubica, ma può anche scendere fino a 15-20 mm. da esso. Il Tillaux (7) è meno pauroso di ferire il peritoneo e dice sussistere sempre uno spazio sufficiente per giungere alla vescica; pel Pauliot (8) l' altezza di questo spazio varia da 3 a 7 cm., pel Malgaigne da 3 a 4 cm.,

(1) DITTEL. Nella Wiener medic. Wochenschrift del 1888.
(2) Vedi DUPLAY RÉCLUS. Tattato di chirurgia. Vol. VII, parte 2. pag. 37.
(3) Dr. SERGI TROMBETTA. Vedi Policlinico. Sezione Chirurgica 1898, pag. 138.
(4) I. GREIC SMITH. Abdominal Surgery. London anno 1897, pag. 928.
(5) RICHET. Traité pratique d'anatomie médico-chirurgicale Paris 1866, III ediz. pag. 760.
(6) SAPPEY. Traité d'Anatomie, Paris Delahaye 1879, Vol IV, pag. 564.
(7) TILLAUX. Anat. topografica, Vol. II, pag. 669.
(8) PAULIOT. Punction hypogastrique. Thèse de Paris 1868.

pel Langer da 2 a 5 cm. (1), per Petrequin, Bichat, Richeraud solo da 1 a 2 cm. (2), pel Bouley da 3 a 7 cm. (3). Recentemente il D.r Luigi Landi (4), rinnovando tali ricerche, non osservò alcuna influenza dello stato di nutrizione sulla distanza del cul di sacco dal pube, la quale variò da zero a 70 millimetri coll'iniezione di 600 centimetri cubi di liquido in vescica; in un caso anche coll'iniezione di 600 centimetri cubi, la vescica non si elevò al disopra del pube. Tutti poi gli osservatori hanno indicato essere la vescica più bassa nel vecchio che nell'adulto e nel bambino. Senonchè, per quanto accurate, tali ricerche prestano il fianco ad un serio appunto cui già ho accennato; esse non rispondono esattamente alle condizioni in cui il chirurgo si trova ad operare e questo concetto va oggidi tenuto in assai maggior conto in quanto noi dobbiamo considerare la capacità vescicale come un fatto non anatomico ma fisiologico (5). La capacità della vescica, sulla quale anche per le differenze sessuali gli anatomici hanno tanto discusso, è strettamente subordinata alla sua sensibilità e le contrazioni del detrusore insorgono, si ripetono, si esagerano tanto più facilmente ed imperiosamente quanto più viva è la sensibilità. Il Guyon, nel suo studio magistrale, distingue una sensibilità vescicale alla tensione ed una al contatto: la prima la dice « enfinement plus provocatrice que les contacts » ed i suoi effetti non sono evitabili mai nè nel sonno naturale, nè coll' anestesia o cogli ipnotici mentre rimane invece soppressa la sensibilità ai contatti. Qui, come in tutti i problemi di terapia chirurgica, la fisiologia e la clinica hanno gettato gran luce; sarebbe errore grave il voler iniettare in una vescica una quantità di liquido superiore alla sua capacità fisiologica ed i tristi effetti si ripercuoterebbero tanto sulla vescica stessa (con lesioni violente o aumentandone la recettività alle infezioni), quanto sui reni. Quando dobbiamo intervenire in un calcoloso, le alterazioni più o meno profonde della mucosa esageranti la sensibilità vescicale e fors' anco la stessa narcosi cloroformica (6), non ci permettono di iniettare più di 250-300 cm. di liquido in ve-

---

(1) Vedi in Flury. Ein Beitrag zur Geschichte und statistik des hohen Steinschvitts. Tübingen 1879.

(2) Deneffe et van Wetter. De la ponction de la Vessie. Bruxelles 1874. Per questi autori il cul di sacco peritoneale s'eleva durante la distensione della vescica non oltre i sette centimetri.

(3) Bouley Etude historique, experimentale et critique sur la taille hypogastrique.

(4) L. Landi. L'anatomia dell'apparato urinario in rapporto colla chirurgia. Milano, Tamburini 1898, pag. 93-100.

(5) Guyon. La physiologie et la pratique de la chirurgie urinarie. Annales des mal. gen-urin. 1898, pag. 1132 e Genouville. La contractilité du muscle vessical à l'état normal et pathologique. Annales des mal. des org. gen urinaires 1895, pag. 19.

(6) Mosso e Pellacani. Sulle funzioni della vescica. Archivio di Biologia. Anno 1882. Secondo questi autori l'eccitabilità riflessa della vescica (i nervi sacrali vanno alle fibre longitudinali, quelli ipogastrici alle circolari della vescica. V. Courtade et Guyon. Bull. de la Soc. de Biologie, Paris. 27 luglio '95), durante la narcosi cloroformica viene esagerata perchè si sospende l'azione moderatrice del midollo spinale.

scica (1): secondo lo Stierlin (2) quanto più grosso è il calcolo ed antica la cistite, tanto più prudentemente bisogna agire e non iniettare più di 200 cm. nell'adulto e di 120-150 cm. nei bambini. Il Dittel (3), scrisse contro l'uso della distensione vescicale e lo Chauvel nel Dictionnaire del Dèchambre si chiede « La taille est elle praticable quand le poche urinaire ne fait pas saillie au dessus de la symphise pubiènne? Sur le cadavre oui, sur le vivant non: telle est l'opinion de Thompson et nous croyons qu'il est dans le vrai » Si era sperato molto dalla distensione rettale e le esperienze del Garson (4) e del Peterseu (5) come gli studi del Barwel (6) e dello Strong (7) sembravano giustificare tale speranza: l'esercizio clinico ha dimostrato che la vescica e tanto meno il collo vescicale (8), non venivano sollevati ma piuttosto spinti solo un poco innanzi ed allora i chirurghi hanno volontieri abbandonato il pallone di Petersen (9), che non era scevro di pericoli.

Sinteticamente è giusto nella pratica il dire che questo II tèmpo dell'epicistotomia va eseguito dal chirurgo come se si avesse a che fare col peritoneo. La lesione di questa sierosa, non infrequente nelle condizioni normali del cul di sacco peritoneale, diviene quasi la norma nei fortunatamente rari casi di aderenza del peritoneo alla sinfisi: il Romary (10) ne ha riuniti 14 casi quasi tutti osservati sul vivente, tre sono riferiti dal Rollet (11), altri furono osservati dal Pitha (12), dal Bromfild, dal Loztbeck, dal Polaillon, dal Sonnenburg, ecc. Da questi, come osserva il Rollet, vanno distinti i non infrequenti casi in cui il peritoneo scende dietro la sinfisi pubica.

Rintracciata la vescica, essa viene sollevata da un conduttore (13), introdotto dall' uretra o con anse di filo passate nello spessore del-

---

(1) Bebunt. Experimentelle Untersuschungen über Harublasenruptur. Langembeck's Archiw Band LVIII, riassunte nel Centralblatt f. Chirurgie del 26 agosto 1899.

(2) Stierlin. Nella Deutsch Geitschrift f. Chirurgie. Band 44, puntata 4, anno 1897 e Riforma medica 1897, Vol. I, pag. 353.

(3) Dittel. Gegen die Füllung der Blase züm hohen Blasenschintt. Wiener med. Wochenschrift 1886, pag. 1541.

(4) Garson. Nell'Edimburg med. Journal. Ottobre del 1878.

(5) Petersen. Nel Band XXV, anno 1880 del Langembeck's Archiw.

(6) Barwel. Nei Medic. Chirurg. Transactions 1886, pag. 354.

(7) Negli Annals of surgery. Gennaio 1887.

(8) Come credeva il Delbet.

(9) Lindesag. Sovrapubfe cystotomy witout the rectal bag, nel Britisch med. Iournal del 23 aprile '98.

(10) Romary. Rapports de la région anterieure de la vessie avec la péritoine aux differents âges. Thèse de Lyon 1895. Vedi Annales des mal. des org. gen urinaires. Octobre 96. pag. 956.

(11) Rollet. Des adhérences du péritoine à la symphise constatées dans trois cas de cystotomie sus-pubienne. In Bull. et mem. de la Soc. de Chirurgie. Paris, aprile 1896 e in Revue de Chirurgie 1896, pag. 332.

(12) V. in Virchow's Handbuch der speciell. Pathologie und Therapie 1868.

(13) Occhini. Trattato di medicina operatoria. Vol. II, pag. 358. V. pure nel Lancet del 27 maggio 1893.

l'organo stesso o con due pinze (Lawson-Tait 7) ed incisa generalmente in senso verticale (1) e per sufficiente estensione (2): colle dita e con apposite pinze si compie l'esportazione della pietra. Nessun pericolo sovrasta al chirurgo in questo momento (giacchè anche l'emorragia a nappo dalle pareti vescicali cessa subito da sè (3) ed ogni accidente sarà piuttosto da ascriversi ad imperizia dell'operatore.

Ma a far degno riscontro allo Scilla, rappresentata dal II tempo. sta come Cariddi il trattamento consecutivo che la ferita richiede, colle complicazioni che a questa sono proprie.

Il trattamento più antico ed ancor oggi seguito da molti autori è quello aperto, con drenaggio vescicale e guarigione per seconda della ferita. Il Trendelemburg (4) pone in vescica un drenaggio a T. per 2-3 settimane, facendo rimanere il paziente su un fianco o sull'altro per facilitare il deflusso dell'urina: nello stesso modo fa pure il Thompson: Billcoth e Dittel pongono pur essi un drenaggio a forma di ginocchio (Knieförmig (5): Guyon e Perrier usano un sifone vescicale (6) a due tubi dopo aver ristretto alquanto la ferita vescicale e addominale coi punti di sutura (7): l' Hüter adopera invece un tubo metallico per evitare (8) che esso si afflosci colle contrazioni dei due muscoli retti. Recentemente nuove forme di drenaggio furono escogitate ad assicurare l'evacuazione totale dell'urina e specialmente ad impedire la sua penetrazione anche minima nei tessuti prevescicali: il sifone ipogastrico del Blasucci (9) è costituito da un palloncino di gomma gonfiabile, che si introduce in vescica e che è attraversato da un tubo di efflusso a corrente lenta, continua, graduabile: assai somigliante a questo è l'apparecchio del Kaczkowscki (10) formato pure da un palloncino dilatabile ma a forma di clessidra, la cui porzione media ristretta corrisponde al tratto vescico-cutaneo:

---

(1) Il GIORDANO (Manuale di med. operatoria, Torino 1894, pag. 241) ritiene pericoloso l'uso del catetere a dado.

(2) KOCHER. Luogo citato, pag. 204.

(3) Il BELIN. Ricorda le parole del Belmas (Traité de cystot mie sus-pubienne 1827, pag. 62) « s'exposer à n'extraire la pierre qu' aprés de long efforts serait perdre tous les avantages de la taille sus-pubienne ».

A. ERDMANN. Des accidents primitifs et consecutifs de la cystotomie hypogastrique. Strasburg 1841, pag 47 e TUFFIER nel Trattato di chirurgia di Duplay e Reclus, Vol. VII, p. 2, pag. 335..

(4) TILLMANNS. Lehrbuch der speciellen. Chirurgie, Vol. II, pag. 287.

(5) Berliner Klin. Wochenschrift. Anno 1888.

(6) Questo metodo è pure consigliato dal Tillaux. Vol. II, pag. 207.

(7) OCCHINI. Medicina Operatoria. Vol. II, pag. 358.

(8) BELIN. Vergleichende Beurtheilung der Verschied, Schnittmethoden Strassburg 1894, pag. 43

(9) BLASUCCI. Sifone ipogastrico pel drenaggio della vescica dopo l'epicistotomia. Atti della R. Accademia med. chirurgica di Napoli 1897, N. 5 Ricordo qui pure i tubi di Bloodgeod (Centralblatt f. Chirurgie 1897, pag. 238) e del CATHART (ibidem, pag. 280.

(10) KACZKOWSKI. Eine nene methode der Harnblasendrainage, Centralblatt f. Chirurgie 1899, 18 marzo.

ancora in Italia recentemente il Dott. Quinto Vignolo (1), della Clinica del prof. Ceci, ha proposto un apparecchio risultante di un tubo con due cappucci di gomma rigonfiabili e destinati a stare uno in vescica ed uno contro le pareti addominali. Questi ed altri apparecchi sono generalmente tutti ispirati all'idea della cannula tampone per tracheotomia del Trendelemburg (2), ma, se riescono a prevenire emorragie dalla ferita, non riescono sempre ad opporsi all'infiltrazione urinosa nello spazio prevescicale.

Le osservazioni anatomiche da noi ricordate ci dispensano dal dilungarci molto per persuaderci della gravità di simile accidente, in ispecie quando esso si complichi con un processo di infiltrazione purulenta iniziata e sostenuta da uno stato patologico della mucosa vescicale. Il Muron (3) ha dimostrato la grande recettività che l'organismo dei cistopatici offre agli infiltramenti urinosi e la clinica ci presenta come affatto infausta la prognosi tanto di essi come di quelli purulenti (4), sì che mi chiedo se non sia peggiore il rimedio del male quando si vuol curare l'infezione vescicale precisamente col taglio sovrapubico (5). Il flemone prevescicale può diffondersi in tutto lo spazio pelvi-rettale superiore fino al retto ed in alto fino all' ombelico colla minaccia che il pus giunga ad irrompere nel peritoneo (6): il chirurgo interviene tosto con cateterismi ed irrigazioni frequenti, con aperture e controaperture, con tamponamenti, con drenaggi e medicazioni assorbenti (7), ma troppo spesso il più forte organismo dopo mesi di lotta finisce per soccombere. Lo spauracchio dell' infiltrazione urinosa, fu detto (8), venne dipinto a colori oscuri, esagerati, ma qual mezzo non fu tentato per impedirla? Non va dimenticato il metodo della sectio alta in due tempi del Widal de Cassis (9) più recentemente richiamato in uso dall'Albert, dal Bardeheuer e specialmente dal Neuber (10); cui fanno riscontro la sectio intraperito-

---

(1) Dr. Quinto Vignolo. Apparecchio per la regolare urinazione. La Clinica Moderna 1889, 17 maggio, pag. 155. Nè va dimenticato il cateterismo degli ureteri permanente con un catetere a triplice corrente. Vedi Dr. Casara Cao. Nel Policlinico. Sez. Chirurgica 1896. pag. 540.

(2) Löbcker. Manuale di medicina operatoria, pag. 437. Milano, Vallardi.

(3) Muron. Pathogenie de l'infiltration d'urine. Paris 1872.

(4) Lipowski. Pathologie und Therapie der Harnabscesse. Archiw f. Klin. Chirurgie 1896, pag. 626, lungo lavoro in cui è esposta la patogenesi, il decorso, la terapia di tali ascessi. Panzat. Sull'ascesso sviluppantesi nella guaina dei m. retti e nello spazio prevescicale. Gazz. méd. de Paris 1880, pag. 35-47. Pinner. Die Entzündungen des prevescicalen Raumes. Zeitschrift f. Chirurgie Band XXIV, 1886.

(5) Picqué. Du traitement de l'infection véssicale par la taille hypogastrique. Annales des mal. gen-urinaires. Agosto del 1898. Ritiene indichino il taglio alto tutte le cistiti; in generale però lo praticano solo nella cistite dolorosa.

(6) Pavone. Trattato sulle malattie delle vie urinarie, Palermo 1892, pag. 763. Vedi su ciò la Relazione del Bazy alla Soc. de Chirurgie de Paris nella seduta del 12 febbraio 1896.

(7) Wikerhauser. Ueber Epicystotomie Centralblatt f. Chirurgie 1899, pag. 939.

(8) Pitha e Billroth. Enciclopedia chirurgica. Vol. III, p. 2, pag. 633. Napoli 1880.

(9) Proponentesi di preparare all'urina un seno fistoloso a pareti granulanti, prima di incidere la vescica.

(10) Atti del XVII congresso della Deutsche Gesellschaft f. Chirurgie 1888.

nealis del Rydigier (1) che per quanto geniale raccoglie in sè i maggiori pericoli e quella peritoneo-plastica del Langenbuch (2) cui decisamente mancarono imitatori.

La sutura totale della vescica è da gran parte dei moderni autori ritenuto come il metodo di scelta: ad essa non associano in generale quella della parete addominale per poter sorvegliare l'andamento della sutura profonda; questa non deve comprendere la mucosa, giacchè in tal caso può dar luogo a fistole immediate o consecutive, oppure a formazione di nuovi calcoli in vescica (3). D'altra parte quest'organo non ha come l'intestino un rivestimento sieroso, facile mezzo di saldatura che qui non potrebbe essere sostituito che dal grande omento come pensarono Cornil e Carnot. (4). « Pareti vescicali ingrossate, rigide, atoniche, scriveva lo Scarpa (5), come s'incontrano nei calcolosi costituiscono un ostacolo al loro aderire » e noi per non ripeterci ci riferiamo al cenno già fatto sull'influenza dannosa esercitata dalle alterazioni vescicali sui processi rigenerativi e di cicatrizzazione. Ma vi ha di più: tecnicamente la sutura « est en plus très-difficile » come ha asserito il Lindelbaum al IV congresso russo, specie se si voglia ottemperare al precetto del Guyon « le suture de la vessie sera hermetique ou elle ne sera pas ». Innumerevoli lavori, ricerche, discussioni hanno preso in considerazione questo tema: specie il congresso francese di Chirurgia del 1887 e quello internazionale di Roma del 94. Numerosi autori eseguono come metodo di scelta la sutura, così il Bazy, il Dietz (6), il Pozzi (7), il Bassini (8), il Novaro (9), il Tuffier (10), lo Shwarz, il Mayer, l'Helferich (11), il Kehr (12), il D'Antona, il Sorel (13) e tanti altri. Vediamone la tecnica. Il Bassini fa una sutura a tre strati senza comprendere la mucosa, la prima a punti staccati, le altre due continue; pone il

---

(1) SCHRAMM. Intraperitonealer Blasenschmitt nach Rydigier. Wiener medic. Wochenschrift 1894. pag. 33.

(2) LANGENBUCH. Lithotomie und Antiseptik. Langembeck's Archiw 1881.

(3) ZEIDLER. Concrétions urinaires autours des points de suture dans la taille aute. Revue de Chirurgie 1896, pag. 568. Riferisce interessanti casi di fistole e calcoli procedenti da punti di sutura. Il Dr. COLUMBA (Clinica del prof. Clementi) ritiene indifferente il comprendere o meno la mucosa nella sutura. V. Riforma Medica, N, 123, 124, 125 del 1899.

(4) CORNIL ET CARNOT. Sur la cicatrisation des plaies de l'uretère et de la vessie. Relazione all'Accademia di medicina di Parigi, 1 febbraio 1898. Vedi a pag. 121, Tomo 39 del Bulletin.

(5) SCARPA. Memoria sul taglio ipogastrico, Milano 1820, pag. 15 A tale proposito il Greic a pag. 53 della sua Abdominal Surgery scrive: « We must take into accoumt such circumstances as the condition as to health or disease of the vesical walls, with respect to theis capacity for uniting ».

(6) DIETZ. Etude clinique et experimentale sur la suture de la vessie après la taille hypogastrique. Thèse de Paris 1880.

(7) Seduta del 10 aprile alla Soc. de Chirurgie di Parigi 1890.

(8) Congresso della Società italiana di Chirurgia a Firenze 1890. V. seguito.

(9) GIORDANO. Medicina Operatoria, pag. 242.

(10) Nel Trattato di Chirurgia di Duplay e Réclus, Vol. III, p. 2, pag. 336.

(11) HELFERICH. Die sectio alta. Deutsch medic. Wochenschrift 1891, N. 22, p. 725.

(12) KEHR. Ueber einen Steinschmitt Berliner Klin. Wochenschrift 1890, N. 9, p. 300.

(13) SOREL. Thése de Paris e Atti del Congresso internazionale di Roma. Ottob. 1894.

drenaggio prevescicale ed ordina all'ammalato di orinare quando ne sente lo stimolo: ottenne 14 guarigioni per prima in 13-12 giorni fra 21 casi: negli altri residuò una fistola guarita poi in circa un mese: ebbe un caso di morte per cistite purulenta in un vecchio. Il Tuffier fa una sutura a due piani a punti staccati la profonda, alla Lembert la seconda, e sutura totalmente anche le pareti addominali: ebbe il 28,4 per cento di mortalità.

La sutura alla Lembert è quella più usata tanto ad uno come a due piani: la consigliano il Novaro, il Pozzi, il Lucas Championnière, il Bergmann, il Bruns, il Rossander, il Tilmanns (1), ecc. Talora viene eseguita anche quella alla Lembert-Czerny. Il Kummel (2), il Petersen (3) hanno usate suture speciali a pellicciaio ma con cattivo esito: così pure furono usate le suture di Antal (4), di Znamensky, di Fischer (Archiv f. Klin. Chirurgie Band 27.º), di Lotzbeck (Bacerisches Aertzlie. Intelligenz Blatt. 1854 pag. 254) la legatura alla Zweifel dal Thompson, ecc. Il Brenner (5) consiglia una sutura a borsa facendo passare il filo nella sottomucosa a 2 millimetri dai margini della ferita: sebbene forte, come osserva il Folinea (6) questa sutura ha il danno di ridurre un po' la cavità vescicale. Il Sorel (7) eseguisce la sutura alla Lembert in due piani e pone il catetere a permanenza.

Recentemente nuovi metodi di sutura furono proposti dall' Jonnesco (8), dal Juvara e dal Balacescu (9), e fra noi dal Bastianelli (10) il quale in modo affatto originale disseca la mucosa dalla muscolare e sutura la prima alla Lembert e la seconda con punti a sopragitto dopo averla rovesciata all'infuori, analogamente a quanto si fa nella fistole vescico vaginali e retro vaginali col metodo di Collin e di Lawson-Tait. Una vera cistopessia poi fu consigliata dal Rasumowsky (11) fissando la vescica alle pareti addominali dopo averla suturata: questo metodo, originato dal concetto che la sutura fallisse

---

(1) Tillmanns. Lehrbuch des speciel Chirurgie. Vol. II. pag, 287.
(2) Kümmel. Nel Centralblatt für Chirurgie 1887.
(3) V. Centralblatt für Chirurgie 1876.
(4) V Langenbeck's Archiw 1891.
(5) Brenner Die Blasennatt. Langenbeck's Archiw. Band 35, parte I.
(6) Folinea. L'epicistotomia nei bambini con sutura completa della vescica. Riforma meidca 1895. Vol. I, pag. 507. Riferisce 7 casi seguiti da guarigione al massimo dopo 30 giorni.
(7) Sorel. De la suture totale de la vessie. Atti del Congresso medico internazionale. Roma 1894, Vol. IV e in Progrés Médicale 1889.
(8) Ionnesco. Cystrorraphie primitive. Nouveau procedé operatoire. Gazz. des Hopitaux. Anno 1899, N. 2.
(9) Yuvara und Balacescu. Eine nene Methode des Cystorraphie durch Ueberdachung. Vedi Centralblatt f. Chirurgie. 26 agosto 1899. Questi AA. pubblicano degli esperimenti fatti su cani con un nuovo processo nel quale coprono la linea di sutura con un lembo muscolare disseccato dai margini della ferita.
(10) Relazione alla Soc. Lancisiana di Roma.
(11) Vedi Archiw für Chirurgie 1894, Vol. 48, puntata 1 e 2.

specialmente pei movimenti della vescica, trovò seguaci specialmente in Russia, (1) quantunque comprometta seriamente la funzionalità dell'organo.

Si discusse a lungo anche sul materiale di sutura (Catgut, seta, crine di cavallo, filo metallico, ecc) (2): si pubblicarono numerosissime statistiche pro e contro la sutura (3), si cercarono i più diversi espedienti per favorire la buona riuscita, dal cateterismo a permanenza all'uretrotomia (Burchkardt), alla sectio alta subpubica (Langenbuch), e specialmente il drenaggio perineale cui aveva già ricorso anche frate Cosimo (4). Pure si pubblicano non di rado lavori che ci fanno perdere la fiducia in questa risorsa terapeutica (5) e tanto gli esiti letali quanto quelli unicamente complicati da un decorso febbrile o di assai lunga durata sono generalmente da imputarsi allo stabilirsi di una fistola urinosa in corrispondenza dell'ipogastrio. Tali fistole, la cui guarigione è talora un problema ed è sémpre un fatto di lunga durata si riscontrano con maggior frequenza nelle cistopessi e seguono generalmente ad uno dei momenti eziologici indicati dal Lewandowski (6):

1.° età senile, marasmo, condizioni generali cattive.

2.° malattie del sistema urinario, sepsi precedenti.

3.° cattive condizioni vescicali per ristagno di urina (per diverticoli, ipertrofia prostatica, stenosi uretrali, ecc.)

Quindi anche dalla sutura vescicale, come da tutti gli altri mezzi terapeutici, non potremo attenderci risultati felici se non quando ad essa ricorreremo dopo averne rilevate con cura le indicazioni e controindicazioni: queste ultime vengono dal Golischewsky (7) formulate così:

---

(1) Golichewski. Ueber Blasennaht. Comunicò al VII congresso di chirurgia russo (aprile 1899) 37 casi di cictopessia alla Rasunanski.

(2) Belin. Luogo citato, pag. 51.

(3) Secondo il Legneu (De la suture primitive de la vessie. Annales di Guyon 1892, pag. 405), la sutura dà buon esito nel 66 per cento dei casi. Il Romm (Zur Kasuistik und Tecnik der sectio alta und der Blasemaht. D. Zeitschrift f. Chirurgie Band 44) ottenne buon esito solo 8 volte su 24 casi:

Il Mayer	su 41	casi ottenne	3	guarigioni	per prima
Lo Schmitz	55	» »	17	»	»
Il Couvée	70	» »	19	»	»
Il Dietz	42	» »	27	»	»

Il Tillmanns dice (Lehrbuch der Spec. Chirurgie, Vol. II, pag. 288) « prima intentio erzielt man bei der Blasennaht nicht alzu haüfig »,

(4) Sprengel. Storia delle principali operazioni di chirurgia, Firenze 1815.

(5) Sterlin Zur Tecnik der hohen Steinschnitt. Deutsche Zeitschrift fur Chirurgie. Band 44 In 44 casi ebbe neppure una sola guarigione per prima.

(6) Lewandowski. Ueber Fistelbildung nach Sectio Alta. Inaugural Dissert, Berlin 1888. Vedi pure Koch. Ueber des Zuruckbleiben von Fisteln nach séctio alta, Berlino 1886.

(7) Golischewski. Zur Frage über die Naht der Harnblase. Langenbeck's Archiw, Band 60, p. II, pag. 643, vedi pure: Dzirne. Ueber indicationen und controindicationen zur Blasennaht nach sectio alta. Centralblatt für Chirurgie, 17 giugno 1899. Lange. Zur Blasennaht beim hohens Steinschmitt, 1885. Duchastelet. Cystorraphie hypogastrique. Revue de Chirurgie 1883, N. 2. Troquart. De la suture vésicale dans la taille hypoga-

1.° Cistite cronica ed intensa.

2.° Ipertrofia delle pareti vescicali.

3.° Emofilia (in un caso il Wikerhauser dovette, per emorragia in vescica, riaprire quest'organo).

4.° Affezioni del rene.

5.° Incisione vescicale troppo estesa o bassa.

Così vedemmo i mezzi che la tecnica ha dettati per l'esecuzione dell'epicistotomia: a me ciascuno di essi non sembra basti ad elevare questo atto operativo al grado di processo cui il chirurgo debba per elezione ricorrere: per esprimermi sinteticamente, penso che qui più che mai convenga il vetusto precetto dal Bottini ricordato a proposito degli antisettici (1), che cioè la ridondanza dei mezzi di frequente dinota la povertà delle risorse veramente efficaci.

Cistotomie perineali e cistotomia prerettale.

I metodi di cistotomia perineale sono assai numerosi specie se ricordiamo le infinite modificazioni che i chirurghi d'ogni tempo hanno intródotto nei varî procedimenti fondamentali, ai quali solamente qui noi ci atterremo. Una vastissima letteratura, quale forse nessun altro argomento chirurgico possiede, si è venuto attraverso a varî secoli accumulando attorno ad alcuni di questi processi perineali; l'esame critico che ne andremo facendo ci farà riconoscere meno strano la preferenza che noi crediamo doversi accordare ad un metodo finora poco eseguito e punto illustrato, il processo prerettale del Nélaton. Dai tempi dell'aforisma Ippocratico (2), dall'epoca di Celso, attraverso alla civiltà arabica (3) ed ai fasti mirabolanti dei Calot, dei Norcini, di frate Giacomo, la cistotomia perineale ha subito innumerevoli varianti fino a giungere ai giorni nostri con procedimenti più razionali con un armamentario sfrondato da tanti ferri ideati dalla bizzarra fantasia dei litotomisti medioevali.

A procurarci una chiara compressione sintetica dei varî metodi operativi, giova riunirli a seconda del concetto fondamentale che li

---

strique. Journal de med. de Bordeaux, 20 marzo 1887. IWANOW. Einige Bemerkungen zur Gunsten der primären Blasennaht. Centralblatt f. Chir. 11 novembre 1899. Contributo di 13 casi. Sutura con seta. Fra i contrari alla sutura citiamo Hache, Thompson, Gallozzi, Trendelenburg, ecc Vedi pure: CLADO ET NOURRIAC. Du pansement de la taille hypogastrique. Annales des mal. gen-urinaires, febbraio 1887. CACCIOPOLI. L'epicistotomia nella calcolosi vescicale. Incurabili. Anno VII, 9 maggio 1892. DELAFOSSE. De la suture vésicale. Annales des maladies gen-urin, ottobre 1890 GUYARD. Modific. au suture et au pansement de la taille hup. Annales di Guyon, marzo 1887.

(1) BOTTINI. L'asepsi e l'antisepsi. Studio clinico, Milano 1885, pag. 4.

(2) Nlla parte I degli Iusiuranda di Ippocrate leggesi « Οὐ τεμέω δὲ οὐδὲ μὴν λιθιῶντας ἐκχωρήσω δὲ τοῖς ἐργάτῃσιν ἀνδράσι πρήξιος τῆς δὲ ».

(3) NIEBUHR. Beschreib von Arabien, pag. 37. DURANTE. La chirurgia degli Arabi. Studio storico. Policlinico 1899, N. 25.

informa e precisamente a seconda delle modalità diverse con cui si apre l'uretra o la vescica, nei seguenti tre gruppi:

I. Piccolo Apparecchio o taglio di Celso e suoi derivati.

II. Grande Apparecchio a taglio di Giov. de Romanis e suoi derivati.

III. Taglio lateralizzato o taglio di Celso di Frate Giacomo e suoi derivati.

I. Piccolo Apparecchio.

Celso descrisse egli stesso il suo metodo (1): egli uncinava il calcolo con uno o due dita introdotte nel retto, cercando di trarlo in basso e poi incideva su di esso il perineo con un taglio trasversale davanti all'ano. Poichè si eseguiva col semplice bistori tale metodo fu detto del piccolo apparecchio e ne attestò i vantaggi la larga pratica che di esso fecero gli antichi operatori: Paolo d'Egina (nel 7.° secolo) praticava l' incisione a destra del rafe obliquamente indietro ed in fuori; Antillo la eseguiva alla sinistra. Il taglio di Celso si poteva eseguire però bene solo nei bambini, ma aveva avuto il grande merito di abbattere l'antico pregiudizio « cui persecta vesica, lehtale », ed ancora nel XIV secolo ebbe novello impulso dell'opera di Guido di Chauliae sotto il nome di Sectio Guidiana. Anche Pietro Franco, l' ideatore dell'alto apparecchio, eseguì con successo il taglio di Celso, ma questo non resse alle esigenze moderne che ne condannarono la mancanza di guida e di sicurezza nel raggiungimento del calcolo e che richiedevano invece una via metodicamente nota e seguita, per la quale si potessero evitare le troppo frequenti lesioni di importanti organi quali i dotti deferenti, le vescichette spermatiche, ecc. Ma di due veri ritorni all'antico occorre che qui si faccia cenno: l' uno proposto verso la metà del secolo passato dal Foubert, l'altro affatto recentemente dal Montenovesi di Roma.

Ambedue questi chirurghi proposero di giungere sul calcolo attraverso alle pareti laterali della vescica, che, come vedemmo, nella loro metà inferiore sono sprovviste di rivestimento peritoneale. Si potrebbe quindi parlare di un taglio di Celso (tagliandosi il corpo della vescica) laterale che avrebbe sul classico processo celsiano il vantaggio di poter essere eseguito più metodicamente ed anche nell'adulto.

Il Foubert (2) spingeva fino in vescica, previamente distesa, un trocart con un' incisura guidatrice, impiantandolo a tre linee all' interno della tuberosità ischiatica sinistra e sulla guida dell' incisura tagliava tutte le parti molli con un bistorì fino ad aprire una strada

(1) Heister et Ilsemann. De lithotomia Celsianæ praestantia et usu, 1745.
(2) Nouvelle methode de tirer la pierre de la vessie. Mémoire de l'Acad. de Chirurgie, Paris, 1731.

tanto ampia da permettere l' introduzione di un Gorgeret e della tenaglia da calcoli.

Il Montenovesi (1), iniettati 200 grammi di liquido in vescica, incide parallelamente alla branca ischio-pubica la cute, distacca e sposta verso la linea mediana il m. ischio cavernoso, sbriglia l'aponeurosi media e il muscolo costrittore dell' uretra ed apre la parete laterale della vescica sulla guida dell'indice, in corrispondenza della punta di una sonda speciale previamente introdotta in vescica. Tale metodo sollevò vivaci discussioni all'Accademia di Roma e specialmente sorse spontaneo il ricordo che esso non vale a far dimenticare i vantaggi del taglio lateralizzato, del quale condivide piuttosto tutti i pericoli; il Durante, che già aveva espresso il suo timore per una inevitabile lesione dell'arteria trasversa del perineo, nonchè dei plessi venosi vescicali, nel suo recente trattato, del metodo del Montenovesi scrive che (2) « per quanto sia originale in un campo largamente mietuto, non è da preferirsi finchè l'Autore non escogiterà un istrumento che assicuri il punto di ritrovo ed il mantenimento del parallelismo della ferita ».

Il metodo del Foubert, quantunque sostenuto di poi dal Pallucci, dal Le Cat e specialmente dal Thomas, non rimane che come ricordo storico (3).

II. Grande Apparecchio.

È conosciuto anche col nome di metodo mediano e segna un progresso gigante sul metodo antecedente, quando si pensi che per esso scompare un altro pregiudizio, quello che prostata e collo vescicale fossero un *noli me tangere* e che, disciplinato dalle norme che un'esperienza di secoli dettò per eseguirlo, giunse fino a noi fra i metodi usati tuttora. Descritto da Mariano Santo nel 1524 (4) donde il nome di Sectio Mariana), che l'aveva appreso dal suo maestro Giovanni de Romanis, questo metodo, pel quale occorrevano dodici istrumenti, fu detto del Grande Apparecchio e passò tosto, per opera di Ottaviano da Villa, nelle mani del francese Lorenzo Calot, medico di Enrico II e capostipite, come è noto, di una famosa famiglia di Citotomisti che tenne il monopolio dell'operazione per circa un secolo.

Il segreto, che rammenta molto le vicende del forcipe nelle mani dei Chamberlen (5), cessò d'essere tale solo colla descrizione datane

---

(1) Comunicazione alla R. Accademia medica di Roma. V. Riforma medica, 1895, Vol. II, pag. 5.

(2) F. Durante. Trattato di Patologia e terapia chirurgica. Ed. Soc. Dante Alighieri, Roma, Vol. III, pag. 949.

(3) Nella Berliner Klin. Wochenschrift del 1896, N. 13 il Liebler descrive un nuovo metodo laterale, non eseguito però fino ad allora che sul cadavere.

(4) V. in Opuscoli Veneti 1543, luglio 283. Mariani Sancti Barolitan. De lapide renum et vesicae

(5) V. in Cuzzi, Guzzoni, Mangiagalli. Trattato d'Ostetricia e Ginecologia, Vallardi, Vol. II, pag. 310.

da Francesco Calot (1) nel 1727: da allora il metodo quale si eseguiva dai Calot, e cioè con un'incisione parallela e un po' a destra del rafe perineale, ricerca ed incisione dell'uretra membranosa sulla guida di una sonda scanalata o itinerarium introdotta nell'uretra stessa ed esportazione del calcolo previa dilatazione del collo vescicale e dell'uretra prostatica, s'andò perfezionando nelle mani del Tolet, del Maréchal, del Deschamp e nel nostro secolo per opera del Vaccà Berlinghieri, del Rizzoli, del Bouisson e di tanti altri. Il Collet fu il primo ad ideare l'incisione della prostata e del collo come coadiuvante la dilatazione di questi organi e questo procedimento fu maggiormente esteso dal Marechal col suo famoso coup de maitre (2) pel quale incideva col litotomo la prostata dal basso all'alto fra le due metà del plesso venoso prostatico. Il Déchamps pensò (3) di favorire la guarigione della ferita perineale eseguendo quest'ultima non vicino al rafe ma più verso l'ischio destro.

Il metodo mediano però verso la seconda metà del XVIII secolo (4) aveva perso molto terreno ed i maggiori onori toccavano al metodo lateralizzato ed all'alto apparecchio col Garengeot, col Cheselden, col Douglas (5), col Morand, col Winslow e specialmente con frate Cosimo (6).

Fu merito del Vaccà Berlinghieri della Università di Pisa (7), già propugnatore del metodo retto vescicale come vedremo, di aver richiamato in onore la sectio Mariana, eseguendola metodicamente coll'incisione del raggio mediano od inferiore della prostata. La via che così si otteneva era in molti casi sufficiente, ma, quantunque il Berlinghieri si preoccupasse di portare l'incisione della prostata un po' di lato, la lesione dei dotti eiaculatori non divenne meno frequente di prima (8). Il tema nostro non ci permette di diffonderci oltre sulle modificazioni subite fino ad oggi dal metodo mediano; il Porta, come ho potuto rilevare dai suoi manoscritti conservati nel museo della Clinica Operativa pavese, eseguì numerose volte, specie su giovani, il metodo di Vacca Berlinghieri tanto col gorgeret dello Scarpa come col litotomo di Monro, il Rizzoli, preoccupato dal timore di ledere il retto (9), praticava solo una scalfittura nella prostata e dilatava il collo coll'indice sinistro, il Bouisson (10) è, si può dire, un imitatore

(1) F. Calot. Traité de l'opération de la taille, Paris 1727, pag. 68.

(2) Alfredo Pousson. Calculs vesicaux nella Chirurgie des org. gen.-urinaires, Paris, Bailliére 1888, pag. 288.

(3) Déchamps. Traité historique et dogmatique de l'opération de la taille, 1796 pag. 67.

(4) V. in Sprengel Storia delle principali operazioni di chirurgia, Firenze 1815.

(5) Douglas. Nouvelle méthode de faire l'opération de la taille, Paris 1724.

(6) Nouvelle méthode, ecc. Bruxelles 1779. Espone il suo metodo di eseguire l'alto apparecchio accompagnandolo al drenaggio perineale.

(7) Della cistotomia nei due sessi, Pisa 1825.

(8) Dr. Casazza. Terapia chirurgica dei calcoli vescicali, Milano 1895, pag. 16.

(9) Rizzoli. Memorie sulla litotomia mediana. Atti. Istituto di Bologna, 1850.

(10) Bouisson. Nouvelle étude de la taille médiane. Tribut à la Chirurgie, Tomo I, pag. 276.

del Vaccà Berlinghieri in Francia, il Buchanan (1) lodò assai l'uso di una sonda speciale che non so sia stata usata da altri che dalla scuola di Glasgow, l'Allarton, fra gli Inglesi, confida assai nell'aiuto degli istrumenti dilatatori (2), aiuto cui volentieri ricorsero anche il Teale (3) ed il Dolbeau (4): quest' ultimo autore divarica con uno strumento speciale tutte le parti molli dal perineo all' uretra attraverso ad un' incisione di soli due centimetri e però, più che per una litotomia nel senso vero, il suo metodo serve di preparazione ad una litrotizia perineale.

« Nell'armamentario di chirurgia, scrisse il Lareta (5), non vi è apparecchio ricco di istrumenti più di quello che serve alle operazioni della cistotomia perineale » e noi s' andrebbe troppo in lungo se ne ricordassimo anche solo i principali (6): di essi sono rimasti in uso il Siringone scanalato ed il cistotomo nascosto ad una lama che frate Cosimo aveva nel 1748 ideato per eseguire il taglio localizzato. Odiernamente la Sectio Mariana si esegue così: posto il paziente nella posizione del taglio ed introdotto nell' uretra il Siringone nel modo che vedremo parlando del metodo prerettale, si fa un' incisione lunga tre centimetri sul rafe mediano e partente ad un centimetro circa al davanti del retto• giunti, incidendo nello stesso senso i tessuti profondi, si spinge la punta del coltello nella scanalatura del Siringone e mentre si abbassa il padiglione di questo, si incide l' uretra membranosa ed anche il raggio posteriore della prostata, se pure non si voglia eseguire tale taglio più sicuramente col litotomo semplice: per l'apertura praticata una pinza penetra ad afferrare ed esportare il calcolo.

Da Giovanni de Romanis, che potè vantare una serie di trenta operati senza un insuccesso, come ricordò il Prof. Durante (7), ai nostri tempi (8) questo metodo non mancò di suscitare simpatie; assolutamente però ha molte imperfezioni che non gli consentono la dignità di metodo di elezione. I diffusi ricordi anatomici che abbiamo

---

(1) Citato in ALTMANN. Vergleichende kritik der Methoden des Steinschwittes Breslaw 1863, pag. 12.

(2) Di tali dilatatori si conoscono varie forme: cito quelli del Guyon, del Demarquay, del Dolbeau, ecc.

(3) Langenbeck's Archiw Band I, Anno 1859.

(4) Langenbeck's Archiw Band V, Anno 1862.

(5) P. LORETA. Sopra un nuovo metodo di cistotomia perineale Conferenze. Bologna 1881.

(6) È stragrande il numero dei diversi tipi di Gogeret e di coltelli fra i quali quelli. del Loreta, dell'Atti, del Biazini, ecc. di itinerari più o meno simili al primitivo di Mariano Santo, di cateteri a dardo come quello del Corradi od a lama nascosta del Ruggi, ecc. Maller, Verneuil ed altri hanno anche consigliato per la dieresi l' uso del termocauterio.

(7) Congresso della Soc. Italiana di Chirurgia in Firenze, anno 1890. Seduta del 31 marzo.

(8) RAPMUND. Ueber den Medianschnitt. Halle 1868, HÜLTMANN. Ueber die Vorzug der Mediaveschmitt vor anderen Methoden der Blasenoperation. Halle 1881. HENSINGER, Ueber den Medianen Steinschnitt. Heidelberg 1878.

premessi ci dispensano da una disanima estesa delle cause di tale inferiorità in confronto ad altri metodi.

Se qui non si impone il tumore di emorragie e l'atto operativo riesce di esecuzione relativamente facile, insorge gigante la minaccia di una lesione del bulbo, cui certo non toglie importanza la considerazione di questo organo sulla linea mediana, se il chirurgo evita tale accidente, un altro pericolo gli sovrasta, quello di ledere assai facilmente i dotti eiaculatori (1) durante l'incisione prostatica, colle conseguenze che gli sono di necessità legate. E quanto meno tale accidente può, come è ovvio, imputarsi ad imperizia dell'operatore, tanto più piccolo dovrà essere il favore che a questo metodo potremo accordare: quando si aggiunga che, una volta arrivati senza danno in vescica, a noi non si apre per l'estrazione del calcolo che una via assai angusta (V. diametri della prostata) si debbono riconoscere come assai limitate le indicazioni di questo taglio. Ed esso è perciò dalla maggioranza degli operatori punto o raramente impiegato e solo nei bambini con calcoli di piccolo volume: lo stesso Bassini al congresso di Firenze ne riconobbe in tali casi i buoni risultati.

Ciò non toglie che, nell'anatema odierno contro i metodi perineali, gran parte dei trattati di Chirurgia non ne tengano nemmeno parola.

III. Taglio lateralizzato e suoi derivati.

Diamo qui un significato assai largo al termine di taglio lateralizzato, la cui comprensione estendiamo a tutti quei processi in cui si apre l'adito alla vescica tagliando uno od ambedue i diametri obliqui inferiori della prostata. L'Anatomia, come vedemmo, ci insegna essere questi i diametri prostatici massimi: nulla di più naturale che, una volta ideata tale via, questa abbiano seguita i chirurgi fino ad oggi a preferenza delle altre pur apportandovi un numero non indifferente di modificazioni che a noi sembra logico qui di riunire in un solo gruppo per esaminare le particolarità tecniche ed i risultati clinici di varie di esse in confronto del metodo prerettale del Nelaton.

La cistotomia lateralizzata (cui gli Inglesi dànno nome di laterale) sembra pur essa dovuta alla genialità di Pietro Franco, ma nella storia i suoi fasti gloriosi incominciano colla avventurosa vita di frate Giacomo (nato il 1651 nella Franca Contea), che probabilmente non era nemmeno istruito tanto da conoscere il Traité des Hernies del Chirurgo provenzale. Giacomo Baulot, soldato di cavalleria fino a 21 anno, poi allievo del Pauloni, litotomista girovago, diviene frate Giacomo e s'attira le maledizioni di Parigi per aver avuti 25 morti

(1) Tillaux. Anatomia topografica. Vol. II, pag. 891-892.

su 60 pazienti da lui operati all'Hôtel Dieu ed alla Charité (1): s'applica agli studii anatomici e dal 1702, in cui opera 38 ammalati tutti con esito felice, e trova fino alla morte (1720) onori da principe in tutte le città di Europa.

E la cistotomia lateralizzata, attorno alla quale fu spesa tutta una vita così avventurosa, tenne viva l'attività intellettuale di una numerosissima schiera di operatori fino ad arricchirsi di preziose modificazioni che la resero il metodo preferito da parecchi dei moderni chirurghi. Sono registrati, nella storia di questa cistotomia, i processi di Raw, l'allievo illustre di frate Giacomo, di Cheselden, di Perchet, di Ledran, di Moreau, di Lecat, di Ponteau, di frate Cosimo, di Boyer (2), di Guerin; (3), di Savigny, di Hawkins, di Thompson (4), ecc. ma per brevità non facciamo che ricordare quanto è necessario per la comprensione della tecnica che oggidì è universalmente usata.

Il Gorgeret tagliente di Lecat, con cui si eseguiva il momento più importante dell'operazione ossia il taglio della prostata, era una modificazione del Gorgeret del grande apparecchio giacchè, oltre a funzionare da sonda dilatatrice e guidatrice, agiva anche da cistotomo e, malgrado fosse già apparso il cistotomo nascosto di frate Cosimo, ebbe i favori dell'Accademia di Chirurgia di Parigi nel 1757: la pratica doveva rendere giustizia ed il cistotomo nascosto, con poche modificazioni, ha fatto scomparire tutti i gorgeret taglienti (5) dai moderni armamentari. Esso consta di una guaina metallica lunga circa 25 centimetri, montata su manico, un po' curva e che accoglie una lama sottile, lunga, colla stessa curva ed inperniata in modo da aprirsi alla guisa di un fora-cranio di Blot o di Simpson e nel grado che si vuole.

L' incisione cutanea era da Raw praticata partendo dalla metà del rafe, dal Cheselden era tenuta assai più ampia incominciando dalla radice dello scroto: odiernamente il metodo si eseguisce assai uniformemente, se ne togliamo la preferenza che in Francia si dà al cistotomo nascosto (6), piuttosto che al bistorì usato dalla scuola inglese.

Messo il paziente nella posizione della Cistotomia ed affidato ad un assistente il Siringone scanalato, introdotto nell' uretra, perchè ne spinga la convessità verso la metà sinistra del perineo, si incide la cute secondo una linea che parti a 3-4 centimetri davanti dell'ano e volge obliquamente in fuori ed indietro: giungendo a pochi millimetri all'in-

---

(1) Vedi Sprengel. Luogo citato e Gurlt. Geschichte des Chirurgie und ihrer Ausübung, Berlin 1898.

(2) Boyer. Traité des maladies chirurgicales et des operations qui leur convennient. Paris 1853, Tomo VII, pag 520.

(3) Guerin. Élèments de Chirurgie operatoire, II ed., Paris 1858, pag. 580.

(4) Thompson. Traité pratique des maladies des voies urinaires. II ed., pag. 820.

(5) Di Cline, di Cooper, di Scarpa, di Haukins, ecc.

(6) Malgaigne Le Fort. Manuel de medicine operatoire. VIII ed., pag. 603.

terno dell'ischio sinistro (1): si incidono nello stesso senso le parti molli sottostatanti nella direzione del Siringone e, sulla solcatura di questo, si punge e si apre l'uretra membranosa: per questa apertura si innette la punta del cistotomo di frate Cosimo nel Siringone ed, abbassando il padiglione di questo, si spinge in vescica il cistotomo per ritirarlo poi, una volta aperto, tagliando il raggio obliquo inferiore sinistro della prostata: introdotte allora per la ferita le dita od il gorgeret come guida fino in vescica, si afferra il calcolo colla pinza apposita e lo si estrae.

Il cistotomo semplice di frate Cosimo, la cui apertura è graduabile in modo da non oltrepassare i limiti presumibili della prostata ed il cui modo di agire viene sicuramente disciplinato mantenendone la punta della guaina nella scanalatura del Siringone, offre evidentemente grande servigi in confronto del bistori, riducendo un po' la forte possibilità di lesioni di un qualche momento che in queste cistotomie di frequente incontriamo.

Per quanto in generale si ritenga il taglio lateralizzato di facile esecuzione, pure richiede anch'esso delle speciali attenzioni la cui trascuranza compromette e distrugge questo pregio di facilità, già più relativo che assoluto; si richiede cioè un preciso maneggio del cistotomo che, solo quando incida la prostata in esatta corrispondenza del diametro obliquo inferiore, ci preserva dalla lesione di un dotto seminale, passandogli all'esterno, ed in secondo luogo con uguale cura va mantenuto il parallelismo dell'intero tragitto scolpito nel perineo, che difficilmente può essere ristabilito una volta che sia venuto meno. Secondo la statistica del Barling (2) in cinque anni negli Ospedali di Londra con questo metodo si ebbe una mortalità del 5 %, mentre si ebbe del 8 % per la litolaplassi, del 12 % per la sectio mediana, e del 15,4 % per la epicistotomia. Il Dr. Ambrosio agli Incurabili di Napoli (3) eseguì il taglio lateralizzato 164 volte con un solo caso di morte e nei moderni trattati è questo generalmente il metodo che fra quelli perineali è descritto come il più in uso. Nella Clinica Romana il Prof. Durante esegue questo metodo assai frequentemente (4), in quelle Pavesi il prof. Mazzucchelli (5) e, fino a pochi anni or sono, il prof. Bottini si valsero nella generalità dei casi del taglio lateralizzato.

Ma è lo stesso Durante che riconosce il cumulo di accidenti capaci di funestare l'esito di tale atto operativo, anche se eseguito da

(1) L'Occhini (Trattato di medicina operatoria, Vol. II, pag. 352), descrive questa linea di tracciamento come partente dal punto di unione del terzo medio col terzo anteriore della linea ano-scrotale e raggiungente il punto d'unione del terzo medio col terzo esterno della linea ano-ischiatica sinistra.

(2) Barling. Nel numero del 9 marzo 1895 del Britirch med. Iournal.

(3) V. it Riforma Medica 1895, Vol. II, pag. 436.

(4) Durante. Trattato di Patologia e Terapia chirurgica, Vol. III, pag. 946.

(5) Casazza. La cura chirurgica dei calcoli vescicali. Milano 1895.

abili chirurghi: la ferita, cioè, dell'arteria trasversa che può dare la morte per emorragia, la ferita del retto, del dotto eiaculatore sinistro e lo sbrigliamento dello sfintere della vescica cui segue l'incontinenza. Se qui non cade sotto il coltello tanto facilmente come nella sectio mediana il bulbo, le conoscenze anatomiche ci dimostrano inevitabile la sezione di tutti i vasi che, staccandosi dal tronco della pudenda interna, volgono verso la linea mediana, dai rami della perineale superficiale e dell'emorroidaria inferiore fino al tronco della trasversa Nella tesi di Rouxeau (1) i tagli perineali in rapporto alla facilità con cui s'accompagnano a forte emorragia sono disposti in questo ordine: taglio lateralizzato, taglio bilaterale, (taglio retto-vescicale), e lo stesso Rouxeau ricorda, oltre alla ferita più comune della trasversa, le emorragie talora insistenti e copiose osservate dal Lawrence, dall'Holmes, dal Coote per lesione della perineale superficiale, da Frate Giacomo, dal Raw, dal Foubert, dal Garangeot, dal Déchamps, dal Bell, dal Klein, dal Roux per la lesione della pudenda interna. Merita pure la nostra attenzione la non infrequente lunghezza eccessiva dell'incisione della prostata, a cagione della rilevante grossezza del calcolo, che, oltrepassando i limiti di questa ghiandola, è causa di più o meno profonde lesioni del plesso periprostatico (2) colle temibili conseguenze cui già in altri punti accennammo.

Il Beraud, fra tante minute osservazioni, fa pure notare la difficoltà che incontrano i vasi perineali ad occludersi spontaneamente perchè tagliati in isbieco, ma non occorre molto per far comprendere quale forte argomento fosse il pericolo di emorragia nei discorsi degli oppositori del taglio perineale quando si udirono in tutte le società e congressi medici le innumeri discussioni su questo tema; non era certo il taglio lateralizzato che poteva combattere quell'argomento. Vedemmo già come la lesione del dotto eiaculatore sinistro sia evitabile, ma così non possiamo dire della ferita del retto (che capitò quattro volte anche allo stesso Thompson) la quale, se spesso guarisce senza dar luogo ad una fistola, è pur sempre molto temibile (3) come complicanza assai disturbatrice e non è superata in gravità che dallo sbrigliamento completo dello sfintere vescicale: il postumo dell'incontinenza che segue a questa lesione non può essere reso meno tormentoso al paziente che dall'azione del muscolo di Wilson.

---

(1) ALFRED ROUXEAU. De l'hemorrhagie dans l'operation de la taille. Thèse de Paris 1881.

(2) V. Comunicazione del Guyon alla Societé de Chirurgie de Paris, giugno 1877.

(3) Il LINHART (citato dall'Altmann) osservò lesioni del retto con maggior frequenza nei seguenti casi:

1.° bei sehr mageren alten Männern.

2.° Wenn der Schnitt mehr senkrecht als horizontal d. h. wenn derselbe von der Mitte der Raphe auf die Mitte der Distanz vom Atter zum sitzknorren geführt wurde.

3.° Jedesmal, wenn der Schnitt nicht schichtenweise, sondern in einem Zuge vollendet wurde. V. Altmann. Vergleichende Rritikder in neueren, ecc. pag. 19.

Il Reynaud (1824) col suo processo medio-laterale (incisione mediana del perineo, taglio lateralizzato della prostata) pensò di conservare i vantaggi del taglio lateralizzato pur evitando l'emorragia. Ma, se tale metodo potrebbe preferirsi al mediano, non può conservare il pregio di una via ampia, diretta, del taglio lateralizzato. Nello stesso anno però (1824) un altro tentativo veramente geniale doveva avere miglior fortuna e ne era iniziatore e sostenitore il Dupuytren.

Il concetto di evitare maggiormente i vasi valendosi di una incisione trasversale nel perineo e di unire a questo il vantaggio di una più ampia strada nella prostata e nel collo vescicale sembra fosse già stato prima d'allora ideato dal Ribes (1805) e poi dal Beclard (1813), ma spetta al Dupuytren il merito di averne disciplinata e descritta esattamente la tecnica, facilitandone l'esecuzione col litotomo doppio che da lui prende il nome (1). Come il litotomo di frate Cosimo, questo istrumento consta di una guida metallica curva, innestata su di un manico, ma foggiata a due pioventi su cui si adattano due lame pure curve e taglienti sul loro margine esterno; un movimento di leva, simile a quello del cistotomo di frate Cosimo, fa divaricare le due lame e l'apertura anche qui si gradua fermando a maggiore o minore distanza dalla cerniera una vite di arresto.

Introdotto il catetere nell'uretra ed affidatolo ad un assistente che lo tenesse ad angolo retto coll'asse del corpo, il Dupuytren (2) faceva nel perineo un'incisione curva, trasversale, a sei linee (24-25 mm. circa) al davanti del retto, fino all'uretra che apriva con un bistori « à lame fixe, la quelle étant tranchante sur les deux bordes peut aisément, par un leger mouvement de va-et-vient, découvrir la rainure du cathétère dans l'étendue de trois ou quatre lignes »; introdotto il cistotomo colla concavità in alto, lo ritirava colla concavità in basso, dopo averne aperte le lame, tenendone la punta della guida nella scanalatura del catetere e traendone verso l'ano il manico; l'indice sinistro, introdotto per la ferita fino in vescica, gli serviva da guida per esportare il calcolo colla tanaglia. Per facilitare lo scolo della urina e più ancora allo scopo di assicurare l'emostasi, lo stesso Dupuytren ideò una cannula forata, a guisa di drenaggio, retta e munita di una camiciuola che la fa rassomigliare ad un'ombrellina; un estremo giunge in vescica, l'altro è libero all'esterno e fra la cannula e la camiciuola con adatto tamponamento si può occludere accuratamente la ferita.

Il Dupuytren enumerava parecchi vantaggi in appoggio al suo metodo e lo stesso Cooper, seguace convinto del metodo laterale, li ammetteva nel suo dizionario di chirurgia pratica:

---

(1) L'idea di questo litotomo sembra fosse tolto da uno strumento con cui il Flenrant (1746) tagliava trasversalmente l'uretra della donna per estrarre i calcoli. V. in Casazza. Luogo citato, pag. 40.

(2) Dupuytren. Leçons orales de Clinique Chirurgicale faites à l'Hôtel Dieu, Paris. II ed., Tomo IV, pag. 706.

1.° Facilità di esecuzione;
2.° Situazione nella parte più ampia dello stretto inferiore;
3.° Strada breve e diretta pel maneggio degli strumenti;
4.° Uscita più pronta dell'urina;
5.° Incisione della prostata sufficiente e non pericolosa;
6.° Sicurezza di non ledere i deferenti;
7.° Applicabilità del metodo ad ambo i sessi.

Il metodo ebbe molti esecutori e varie modificazioni: il Senn aveva proposto di incidere la prostata da un lato secondo il diametro obliquo inferiore, dall' altro secondo il diametro trasverso, ritenendo così assai più facile la cicatrizzazione della ferita della ghiandola; il Sarazin (1) modificò l'originario processo associandovi « un debridement multiple qui a permis de profiter de toute la dilatabilitè qui est possible aux parties que doit traverser le calcul ».

Il Civiale (1828) col suo metodo medio-bilaterale faceva il taglio mediano nel perineo ed il bilaterale nella prostata, ma rimase con pochi ed isolati seguaci; il Vidal de Cassis (2) pure nel 1828 pensò di aggiungere alle incisioni eseguite col litotomo doppio due altre dirette in basso col bistorì (metodo quadrilaterale) ma, come si chiese il Petrequin (3) n'est-ce pas un inconvenient de découper ainsi la prostate en quatre morceaux, qui presenteront quatre angles saillants et peu depressibles? Une partie du debridement reste en pure perte; la plaie est moins bien disposée pour la cicatrisation et exposée plus à l'incontinence d'urine ».

Ma a tutte le modificazioni doveva sopravvivere il metodo primitivo del chirurgo francese e, se in esso calcoli voluminosi non trovavano talora spazio sufficiente allo stretto inferiore od operatorì meno abili si imbattevano non infrequentemente nella lesione del retto o del bulbo, Augusto Nélaton nel 1853 genialmente ideava un processo che, pur usufruendo di tutti i pregi del metodo del Dupuytren, risponde ancora al bisogno di una guida sicura che diriga il coltello fra gli organi del perineo.

Il suo metodo prerettale (4), che nella Clinica del prof. Bottini è usato come quello di elezione negli adulti quando sia indicata la cistotomia, non può dirsi, come vogliono taluni, una copia, una imitazione di quello del Dupuytren; tanto varrebbe, come rammenta assai a proposito il Tillaux (5), rimproverare il Dupuytren di non aver fatto altro che risuscitare la cistotomia di Celso perchè, come Celso, tracciava nel perineo un' incisione curva, trasversale. Già lo

(1) SARAZIN in Bull de la Societé de Chirurgie, Tomo II, Paris 1876.
(2) G. GORGONE. Osservazioni di cistotomia quadrilaterale, Palermo 1833.
(3) PÉTREQUIN. Traité d'Anatomie médico-chirurgicale et topographique, Paris, Baillère 1844. pag. 454.
(4) NÉLATON. Eléments de Pathologie Chirurgicale, Paris, Baillière, Tomo V, pag. 229.
(5) TILLAUX Anatomia topografica, Vol. II, pag. 910.

stesso prof. Bottini nel 1867 richiamava l'attenzione sul concetto fondamentale che al processo del Nélaton dà essenzialmente il merito dell'originalità: il considerare l'intestino retto, anzichè uno scoglio temuto, un punto di ritrovo o meglio una guida per raggiungere l'uretra membranosa in modo sicuro ed in favorevoli condizioni, era idea che invano si sarebbe cercata nei numerosi metodi che precedettero quello del Nélaton e che valeva per di più a liberare la mente del chirurgo dalla costante preoccupazione di recar offesa al bulbo uretrale. « Quando penso, scrisse recentemente il Prof. Bottini (1), alla cistotomia prerettale del Nélaton, che trovai ognora semplice, pronta e sicura, non so persuadermi come sia poco conosciuta e raramente escogitata non dirò fra noi ma nella stessa Francia: in Germania ed in Inghilterra si può dire è punto conosciuta, eppure ha una forte ragione di essere segnatamente dallo studio anatomico della regione perineale ».

Non lusso di pubblicazioni, non conforto di statistiche, non scuole che ne facessero larga diffusione toccarono a questa proposta pur così razionale. Fra gli scarsi contributi vanno ricordati i due casi resi pubblici dal prof. Bottini (2) negli Annali Universali di Medicina del 1868.

Nel 1.° paziente, un uomo di 40 anni nel quale era riuscito vano un tentativo di litotrizia, col taglio prerettale fu estratto un calcolo sferico del peso di 157 grammi, col diametro massimo di 82 mm. e minimo di 76 millimetri; la guarigione seguì perfetta in 17 giorni.

Nel 2.° ammalato, un uomo di anni 36 d'aspetto cachettico, con una seduta di litotrizia non si era riusciti che a sfaldare un pezzo del calcolo (formato di ossalato di calcio), e colla cistotomia alla Nélaton fu esportato un calcolo del peso di 82 grammi e del diametro massimo di 84 mm., minimo di 32 mm.; quattro giorni dopo il paziente orinava completamente dall'uretra ed in poco meno di un mese era completamente guarito.

Questi ed altri erano risultati che letteralmente si potevano dire meravigliosi, insperati fino ad allora coi metodi perineali, ma non valsero a dare al metodo quella diffusione che pei suoi pregi si sarebbe meritato; ad esso nocquero specialmente l'essere confuso col processo del Dupuytren, tanto che sgraziatamente trattati affatto recenti nel capitolo della litotomia non fanno neppure cenno dell'operazione di cui stiamo dicendo: sono fra questi l'Jacobson (3), il Treves (4), il Tillmanns (5).

---

(1) E. Bottini. Lezioni d'iscuria prostatica. V. Clinica Moderna, Anno 1899, 15 marzo, pag. 82-83.

(2) E. Bottini. Due osservazioni di cistotomia prerettale in adulti, estraendo calcoli voluminosi. Annali Universali di Medicina, Vol. II, Milano 1867, Serie IV, pag. 299.

(3) Iacobson W. H. The Operations of surgery, IV ed. London 1891, pag. 910-920.

(4) Frederick Treves. A manual of Operative Surgery, London 1892, Vol. II, pag. 556.

(5) Tillmanns. Lehrbuch der Allgem und Spec. Chirurgie, Vol. II, pag. 290-292.

Ma ricordiamone un poco minutamente la Tecnica, quale vidi seguire sempre colla stessa metodica precisione dal prof. Bottini.

Il paziente viene preparato colle norme consuete; solo nei casi di lesioni infiammatorie vescicali, con urine alcaline, con elevazioni termiche si richiede un trattamento (1) adatto con lavature vescicali mediante soluzioni tiepide di solfofenato di zinco al 3 % e con qualche iniezione ipodermica di cloridrato di chinina (2). Occorre farsi un esatto concetto delle condizioni delle vie urinarie (3) e di quelle generali dell'ammalato per riconoscere eventuali sintomi di ammoniemia o di saproemia, ma d'altra parte è da ricordarsi che ripetuti e talora forti lavaggi vescicali, quando non ve ne sia l'indicazione, non vanno giudicati come buona precauzione ma piuttosto come altrettante violenze inutili o meglio dannose (4).

Per l'anestesia generalmente si usa il cloroformio (5), ma talora fa d'uopo ricorrere alla cocaina, come in un caso di assoluta intolleranza pel cloroformio ho visto praticare l'anno scorso (1898-1899) nella clinica operativa di Pavia : non ho ancora assistito a cistotomie eseguite col metodo di Schleich (6) dell'infiltrazione dei tessuti con soluzioni allungate di cocaina, nè con quello del Bier (7) coll'iniezione sottoaracnoidea lombare di cocaina. La cosidetta posizione del taglio è quella a decubito dorso-lombare a bacino leggermente rialzato, gambe e coscie flesse e un po' divaricate : tale posizione è quella usata anche per le fistole vescico-vaginali, per la perineorrafia, per l'ablazione di emorroidi, per la spaccatura di fistole anali, ecc. e l'ammalato vi è mantenuto assai bene con speciali supporti come il porte-Jambes del Doyen (8), il divaricatore delle gambe di Von Ott (9) od il fissatore nel Clover, come si usa nella clinica del prof. Bottini.

Assicuratici ancora una volta della presenza del calcolo (mediante esplorazione con sonda di Mercier), si introduce per l'uretra fino in vescica il catetere scanalato (10) e lo si affida all'assistente perchè lo

---

(1) Vedi ALBARRAN, LEGRAIN, HALLÈ. Disinfection vésicales, nella Gazz. ebdom de médicine, novembre 1898, e Centralblatt f. Chirurgie del 11 febbraio 1899.

(2) E BOTTINI. L'asepsi e l'antisepsi, Milano, Vallardi 1895. pag. 22.

(3) Una diagnosi differenziale praticamente assai importante è quella tra cistite e pielite. Vedi un bel contributo a questo tema pubblicato dal ROSENFELD nella Deutsche Med. Wochenschrift, 1898.

(4) Il BARBIANI (Riforma Medica 1899. N. 183), ha dimostrato che l'epitelio vescicale, impermeabile allo stato sano, perde facilmente la sua impermeabilità con lavaggi ripetuti, anche senza che in essa siansi prodotte lesioni apprezzabili.

(5) BAZY. Nel suo studio de l'Anestesie Chirurgicale dans les affections des voies urinaires nella semaine Médicale, N. 10 del 1899 consiglia il cloroformio fra i vari anestetici.

(6) SCHLEICH. Schmerzlose Operationen. 1898.

(7) BIER. Versuche ueber die Cocainisirung des Rückenmarkes. Deutsch Zeitschrift f. Chir. LI .-4, Secondo il Tuffier (Soc. de Chirurgie, Paris 11 novembre 1899), questo metodo non sarebbe così innocente come credevasi.

(8) V. fig. 57, pag. 135 nella Tecnique chirurgicale di E. DOYEN, Paris 18 7.

(9) V figura a pag. 11 del Trattato di Ginecologia del prof. L. MANGIAGALLI, Milano, Vallardi.

(10) Il TILLAUX (Nel Trattato di Chirurgia Clinica, Vol. II, pag. 204) consiglia di introdurre il catetere prima di flettere gli arti inferiori.

tenga perpendicolarmente alla parete addominale ed esattamente sulla linea mediana.

I. *tempo.* — Incisione delle parti molli fino all'uretra. Questa si fa secondo una linea di tracciamento trasversale, curva, lunga non meno di 3 centimetri, a concavità verso l'ano, un centimetro al davanti di questa apertura, in modo da cadere presso a poco sul punto ove si riuniscono i muscoli trasverso superficiale, sfintere esterno e bulbo cavernoso: l'operatore tenendo l'indice sinistro nel retto, procede in questo senso dalle cute e dal connettivo sottocutaneo verso la profondità, incidendo talora alcune fibre anteriori dello sfintere esterno. Quando questo muscolo è completamente separato dal rafe e dai muscoli perineali che gli stanno all'innanzi « toute la paroi anterieure du rectum s'abaisse avec facilitè et le fond de la plaie se met à decouvert (1) » e, senza alcun timore di ferire il bulbo, il chirurgo approfonda il bistori sorvegliandone, attraverso alla parete rettale anteriore e per mezzo dell'indice sinistro, con molta sicurezza il cammino. Il distacco del retto dai tessuti che gli stanno al davanti può farsi, come soleva il Nèlaton, assai facilmente anche uncinando e traendo in basso col pollice e coll'indice sinistro il labbro inferiore della ferita perineale; ma ad ogni modo, proseguendo con esattezza, giungiamo direttamente all'apice del triangolo retto-uretrale, ed, incontrata la prostata, ne, riconosciamo tosto l'apice, immediatamente al disotto del quale sta il punto preciso in cui ci proponiamo di aprire il canale uretrale.

Questo primo tempo, caratteristico del metodo del Nèlaton, soddisfa a tutte le esigenze: esso apre una via assai ampia, tutela con sicurezza l'integrità del bulbo come del retto e non provoca che un affatto trascurabile gemizio di sangue. Alla accusa che esponesse il retto a gangrena rispondeva già vittoriosamente lo stesso Nèlaton e con ricordi anatomici sulla distribuzione delle numerose arterie proprie di quest'organo e con fatti clinici, sia pubblicando i casi da lui operati, sia rammentando il decorso di quei vasti ascessi prerettali che talora denudano per larghi tratti il retto senza determinarne la gangrena.

II. *tempo.* — Apertura dell'uretra. Si pratica sulla guida dell'indice che palpa il catetere al fondo delle ferite attraverso alla parete inferiore dell'uretra membranosa e con un bistori a lama lunga, retta di taglio, convessa sul dorso, per l'estensione di $1\text{-}1^1/_2$ cm., spingendo la punta del coltello nella scanalatura del Siringone: attraverso all'apertura uretrale così praticata il polpastrello dell'indice sinistro serve di guida per eseguire il

III. *tempo.* — Incisione della prostata ed esportazione del calcolo. Impugnato il litotomo doppio, colla concavità in alto dopo averne sta-

(1) NÈLATON. Luogo citato. Tomo V, pag. 2?9.

bilito colla vite d'arresto il grado di apertura (che nell'adulto è in media di 4-5 centimetri), se ne spinge la punta nelle scanalature del Siringone e, afferrato il manico di quest'ultimo colla mano sinistra, si abbassa fra le coscie nello stesso tempo che si spinge con dolcezza il litotomo in alto ed indietro, facendolo penetrare per l'uretra prostatica in vescica. Allora il catetere si può estrarre ed il litotomo, rivolto colla concavità in basso e colle lame divaricate, viene ritirato nella direzione della ferita, sulla linea mediana e curando di tenerne applicato il dorso al margine inferiore della sinfisi pubica. L'indice sinistro può ora giungere fino in vescica (1), come sempre vidi fare dal Prof. Bottini, ed ivi riconoscere il calcolo od eventualmente la presenza di più calcoli, oltre a servire di guida per afferrare la pietra colla tanaglia curva o retta o col cucchiaio a seconda dei casi: le trazioni sulla tanaglia vanno eseguite colle due mani, alternandole con oscillazioni laterali, ma sempre senza scosse, senza violenze.

In questo terzo tempo può talora insorgere qualche difficoltà. Eseguendo il taglio della prostata, quando le lame ne oltrepassino i limiti, una emorragia che può anche impensierire insorge ad attestarci una lesione più o meno cospicua del plesso periprostatico; il fatto per sè stesso è grave, ma è altrettanto vero che esso è da imputarsi ad un errore di tecnica, nè per esso è lecito concludere che il metodo prerettale sia venuto meno al suo scopo. È precetto di non oltrepassare i limiti della ghiandola, almeno verso la sua base, nè qui possiamo rifarci alla lunga discussione che su questo tema fu sostenuta per molti anni verso la metà del secolo: mentre lo Scarpa scriveva essere notevole vedere come ogni giorno si dilati con facilità il collo vescicale anche considerevolmente quando l'incisione penetri sia pure un solo centimetro nel tessuto della prostata, mentre il Déchamps (2), dimostrava essere tale dilatabilità assai più considerevole nel vivo che nel cadavere in modo da esimerci dal taglio completo della ghiandola, il Malgaigne nel suo trattato come nella sua tesi di concorso concludeva al contrario che « il n'est qu'un seul moyen de rendre la taille perineale moins dangereuse, c'est de diviser largement la prostate d'un seul cotè au delà de ces limites, en entamant le carp de la vessie et le tissu cellulaire ».

Evidentemente i fatti hanno dato torto a questa teoria, di cui invano si cercherebbero i dati inconfutabili, come s'esprimeva il Pétrequin, che le servano di base.

L'esportazione del calcolo può riuscire talora assai difficile per la sproporzione tra le dimensioni del calcolo e quella della via scolpita

---

(1) Il LORETA afferma invece che nella vescica dell'adulto di rado avviene che il dito del chirurgo arrivi a sentire la pietra. Vedi P. LORETA Sopra un nuovo metodo di cistotomia perineale. Conferenze, Bologna 1881.

(2) PETREQUIN. Traité d'Anatomie medico-chirurgicale et topographique, Paris, Baillère 1844, pag. 415.

nella prostata. Il vantaggio che colle due incisioni secondo i maggiori raggi della prostata pensiamo di ottenere, si disse, non va calcolato alla stregua della somma di questi due massimi diametri, ma viene a ridursi assai quando si pensi che il massimo spessore del calcolo dovrà sempre confrontarsi colle dimensioni della prostata in senso trasversale: è certo d'altra parte che, se non si ottiene uno spazio tanto largo quanto sono lunghi i due diametri obliqui inferiori presi assieme, il deprimersi della porzione centrale della ghiandola, reso possibile dalle incisioni in essa praticate, dovrà essere considerevole ed offrire al calcolo una via di passaggio assai più ampia che non si ottenga incidendo secondo i diametri trasversi.

Questi fattori, associati alla distensibilità presentata dagli organi incisi, senza che necessariamente si producano in essi lacerazioni più o meno profonde (per quanto rapidamente capaci di cicatrizzare e di ripararsi (1)), dànno ragione degli splendidi risultati clinici offerti dal metodo prerettale: calcoli di 7-8 centimetri di diametro hanno potuto essere estratti senza causare nè lesioni o lacerazioni complete della prostata, nè emorragie, nè flebiti tanto facili ad occorrere in altri metodi e, se in generale le dimensioni enormi di un calcolo entrano fra le indicazioni della cistotomia sovrapubica, non vanno dimenticati i tanti casi in cui la cosidetta litrotizia perineale ha permesso di allargare il campo del taglio perineale.

La combinazione della cistotomia colla litotrissia sembra sia stata ideata da Ammonio Alessandrino (anno 250 A. C.) ed eseguita da Celso, da Albucasi, da Pietro Franco, da Frate Cosimo, dal Le Cat ma con istrumenti assai primitivi, che trovarono forma più adatta nel trapano frangi-pietra del Porta, nel litoclaste del Nèlaton, nel percussore curvo a mantello di Heurteloup ed in tanti altri (2) istrumenti analoghi.

Odiernamente rende buoni servizi anche un litotritore od un comune litoclaste o una forte tanaglia, di cui l'ampia via prerettale permette un comodo maneggio in vescica, sottraendoci ai pericoli di una cistotomia sovrapubica: nella seduta del 26 aprile 1891 il Durante (3) riferiì alla Accademia medica di Roma un caso di cistotomia prerettale in un infermo di 61 anno in cui col litotritore eseguì la litrotizia perineale esportando complessivamente un calcolo di 350 grammi di peso. Notisi però che qui, come altrove, e come osserva giustamente il Gillette (4), non conviene cadere nell'esagerazione

(1) Il Phelip (nel Lyon Médicale, N. 17-22 del 1898 « Du profit de la vie périneale pour tailler les calculaux ») pubblica 30 casi di cistotomia perineale in cui introdusse, dopo la sezione della prostata, il dilatatore del Demarquay aprendolo fino a 7 centimetri: tutti gli operati guarirono presto, senza elevazioni termiche e senza postumi di disturbi funzionali.

(2) Malagosi. Sulla combinazione della cistotomia colla litotripsia. Fano 1853.

(3) V. Riforma Medica 1891, Vol. II, pag. 283.

(4) Gillette, Chirurgie jurnalière des Hopitaux de Paris, Paris Baillière 1878 pag. 224-229.

di considerare la litotrizia perineale quale operazione destinata a soppiantare la litotrizia per la via dell'uretra, come avrebbe voluto il Dolbeau (1).

Il trattamento post-operativo è dei più semplici; la ferita è lasciata completamente a sè od unicamente tamponata o drenata per mezzo della cannula del Dupuytren per un giorno o due, specialmente quando vi sia considerevole gemizio di sangue o preesistente infezione delle vie urinarie. Il decorso post-operatorio fa uno spiccato contrasto con quello a noi già noto della epicistotomia ed è disturbato nel suo regolare andamento solo assai raramente, coesistendo qui parecchie condizioni favorevoli ad una guarigione spontanea rapida e completa. Profondamente, come scrive il Pavone (2), i margini della ferita prostatica si divaricano pochissimo e restano anche in contatto; la struttura della prostata e la disposizione dei piani fibrosi attorno a quest' organo spiegano facilmente questi fenomeni. In pochi giorni, in media otto, si fa completa la chiusura della ferita uretro-prostatica in modo da ristabilirsi completamente l'efflusso dell'orina per la via naturale. La breccia aperta nel perineo si va riducendo già quando l'ammalato torna a giacere in decubito supino a gambe e coscie distese e va mano mano granulando e cicatrizzandosi dalla profondità verso la superficie, mentre dà facile esito all'esterno a tutti i detriti e secreti che debbono eliminarsi. Questa via di eliminazione è tanto ampia ed è posta in direzione così favorevole che solo cause specialissime possono in rari casi intervenire a determinare ciò nondimeno una ritenzione di liquido urinoso o purulento. Non vi ha certo odiernamente bisogno di nuove parole per far riflettere l'importanza che i fenomeni fisici hanno nel decorso delle ferite; nella medicatura, oltre al potere antisettico, da tempo si è convinti della necessità di cercare un potere assorbente, una attitudine a creare e ad utilizzare « les courants d'osmose et de capillarité » (3) e gli studi del Preobrayensky (4) sono troppo noti per diffonderci su di essi; la stricnina sparsa sulla ferita praticata nel topo bianco rimaneva senza i suoi terribili effetti se se ne impediva l'assorbimento con una medicatura di garza e nello stesso modo il facile deflusso per la ferita residua di una cistotomia prerettale soddisfa pienamente ai moderni concetti impedendo il ristagno ed il conseguente infiltrarsi ed assorbirsi tanto dell'orina come del pus. Da gran tempo è nota l'influenza della gravità nella diffusione dei processi infiammatori (5), ma importanti fat-

(1) DELBEAU. Traité pratique de la pièrre dans la vessie. Paris 1864.

(2) PAVONE. Trattato sulle malattie delle vie urinarie, Palermo 1892, pag. 416.

(3) A. PONCET. De la chirurgie à ciel ouvert. Discorso al Congresso francese di Chirurgia il 16 ottobre 1899. Vedi in Revue de Chirurgie 10 novembre '99 pag. 511.

(4) PREOBRAYENSKY. Les bases physiques du traitement antiparassitaire des plaies. Annales de l'Institut Pasteur, Tomo XI, anno 1897 e TUFFIER. L'asepsi operatoria. Lezione riassunta nella Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche del 27 marzo 1900.

(5) TEODORO BILLROTH. Vie di propagazione pei processi flogistici. Raccolta di conferenze Vollkmann, Milano, Vallardi 1881.

tori s'aggiungono ancora ad essa, come gli spazî connettivali che (1), invasi tanto più facilmente quanto più sono lassi e distensibili, possono al contrario dirigere in punti diversi da quelli voluti dalla gravità una infiltrazione qualsiasi. Lo studio da noi fatto delle loggie perineali ci fa riconoscere la ferita prerettale come quella più adatta ad impedire qualsiasi raccolta negli spazî connettivali rappresentati da tali loggie, come nelle fosse ischio-rettali lateralmente con quelle in ampia comunicazione.

Il tessuto di granulazione tappezza ben presto il tragitto perineale e la cicatrizzazione avviene in media in una quindicina di giorni, senza che mai alla riunione dei tessuti profondi abbia a precedere quella cutanea, possedendo qui la cute, come osserva il Beraud (2), una forte retrattilità in confronto degli altri strati, la quale dà alla ferita una forma ad imbuto colla parte larga in basso. Eventuali ritardi nel processo di riparazione, dovuti a speciali condizioni individuali o locali, si curano assai utilmente con leggere causticazioni (nitrato d'argento, tintura d'iodio, ecc.).

In confronto agli altri metodi perineali quello prerettale riunisce varî titoli di preferenza ed è l'unico di essi che può soddisfare anche a tutti quegli intenti che, come vedremo, tanti chirurghi si proposero e si propongono di raggiungere dalla via del retto. Qui va ora ricordato specialmente che, se la via retto-vescicale per l'esportazione di un calcolo rispondeva ad una grande semplicità e precisione anatomiche, doveva incontrare ed ha incontrate invece nella clinica difficoltà insuperabili. Questo metodo, proposto dal Sanson nel 1817 (3), fu per alcuni anni bene accetto ai chirurghi e specialmente sostenuto dal Vaccà Berlinghieri (4) in Italia, ma per cadere in breve in completo disuso: « Creda a me, professore degnissimo, scriveva lo Scarpa (5) al Berlinghieri, quel taglio simultaneo dell'intestino e del collo della vescica ovvero dell'intestino e del corpo o del basso fondo della vescica stessa, è irrazionale e condannato dalla pratica » e l'accumularsi rapido dei casi di fistole retto-vescicali, quasi inevitabili anche ricorrendo a suture, valse a far scomparire il metodo, lasciandone solo un ricordo storico. Ma vedremo appresso come oggigiorno si segna spesso questa via ancora allo scopo di dare esito a raccolte marciose e come si potrebbero con minor danno raggiungere per la via prerettale.

Il processo del Nélaton è pure il solo, possiamo dire, col quale

(1) F. König. Sul significato degli spazi connettivali nella diffusione del processo flogistico. Raccolta Volkmann 1877, pag. 250.

(2) Beraud. Atlas complet d'Anatomie chirurgicale, Paris 1862.

(3) Sanson. Des moyens de parvenir à la vessie par le rectum. Paris 1817.

(4) Vaccà Berlinghieri. Della litotomia nei due sessi, Pisa 1825.

(5) Scarpa. Lettera a Vaccà Berlinghieri sul metodo retto vescicale, Pavia, 29 novembre 1825.

si ovvia quasi totalmente ai cosidetti accidenti del taglio perineale. Esso è, come diceva il Béraud, à l'abri de tous les reproches ed infatti, per quanto piccola sia la distanza tra bulbo e retto, il chirurgo ha qui mezzi sicuri per aprirsi la via senza recar danno; per quanto ampia sia la ferita che egli pratica, pochi ramuscoli perineali superficiali o dell'emorroidaria inferiore gli cadono sotto mano nè ha a temere alcun tronco anomalo frequente; la sezione dell' uretra membranosa e della prostata, purchè metodicamente eseguita, è scevra di pericoli e la forte distensibilità della prostata o la litotrizia perineale ci possono permettere l'esportazione di calcoli con dimensioni assai superiori alla media.

Dal Thompson fu messo in evidenza l'ostacolo che all'estrazione di un calcolo può opporre un collo vescicale sclerosato, inestensibile, generalmente nei vecchi, ma a questa contingenza si può riparare con incisioni multiple nel collo stesso, sempre preferibili alle lacerazioni prodotte da una estrazione violenta. L'ipertrofia prostatica, come impedimento all' introduzione del catetere scanalato, è suscettibile di una cura preparatoria coll' incisione termogalvanica col metodo Bottini: aperta la via al catetere, nel corso della cistotomia pererettale l'ipertrofia non costituisce, come si volle da taluni, uno scoglio ma piuttosto indica e permette il tracciamento di sezioni molto profonde nel tessuto ghiandolare ipertrofico.

Fra i postumi non si hanno a temere emorragie secondarie, nè emorragie in vescica, nè celluliti pelviche nè flebite dei vasi venosi periprostatici e vescicali. La infiltrazione orinosa riesce di osservazione assai rara e non segue che ad atti operativi eseguiti con manovre poco delicate, con incisioni non bene dirette nelle quali più facilmente s' incorre cogli altri metodi che meno del prerettale consentono di riconoscere col dito e coll' occhio ciò che si incide profondamente. L'incontinenza è affatto eccezionale, nè mi fu dato di riscontrarla mai nei casi che nel biennio 1898-1900 ho seguiti nella Clinica del prof. Bottini: essa, come la sterilità deve essere generalmente messa a carico delle incisioni molto larghe, quando non si limiti con esattezza il grado d'apertura delle lame del cistotomo in modo di interessare totalmente il collo vescicale o si estragga tale strumento con maneggi impropri, specialmente allontanandolo dalla sinfisi pubica. È per tali considerazioni che fra le cistotomie perineali, come ritiene anche il Tillaux, bisogna dare la preferenza a quella prerettale (1); ma occorre fare una limitazione alle sue indicazioni in quanto non è applicabile nei fanciulli: solo dopo la pubertà la prostata assume uno sviluppo che le consente di essere un punto di repere sicuro e di avvalorare nel metodo di Nélaton il

(1) TILLAUX. Chirurgia Clinica, Vol. II, pag. 203.

pregio di indicarci un punto ben preciso in cui incidere l'uretra (1): nei bambini il prof. Bottini dà la preferenza al metodo lateralizzato.

In confronto alla Sectio Alta la cistotomia prerettale ha dei vantaggi vagliati già da tempo nei numerosi paralleli che fra metodo perineale e sovrapubico la letteratura possiede (2), come ha delle limitazioni, specie il volume assai cospicuo del calcolo (più di 7–8 cm.) che necessariamente la controindica. Vedemmo minutamente le numerose cause che possono compromettere l'esito dell'epicistotomia e decisamente le statistiche sono sfavorevoli ad essa, per quanto la mortalità, come nota il Treves, vada diminuendo. Certo ha ragione il Kahleyss quando asserisce (3) che nella Sectio Alta « Vorsichtige Ausfürung der Operation, sichere Nathmethode, Herstellung guten sekretabflusses werden fast immer die schwierigkeiten überwinden », ma il raggiungimento sicuro di tali mezzi non è ancora dell'oggi e l'opera del chirurgo, per avere un massimo di probabilità di riuscita, non dovrà informarsi esclusivamnete ad un metodo determinato, ma, coi vari criteri che siamo andati esponendo, nei casi in cui la cistotomia troverà le sue indicazioni, si varrà in generale del taglio del Nélaton (essendo il diametro medio dei calcoli di 5–6 centimetri. tenendo pur sempre un rigoroso e logico conto delle indicazioni proprie al taglio lateralizzato ed al sovrapubico.

Ancora nella recente statistica del Freyer (4) fra 912 operazioni per calcoli, dopo 652 litolaplassi, si annoverano 249 litotomie perineali e sole 7 sovrapubiche e non arrivo a comprendere come possa l'Albert affermare essere oggi la scelta ridotta solo fra litotrizia e cistotomia sovrapubica : certo tale conclusione deriva da talune premesse che mi sembrano un poco strane come il ritenere evitabile l'infiltrazione urinosa solo nel taglio ipogastrico e non in quello perineale.

Ma ancora più strana mi sembra la domanda posta dallo stesso autore (5), che cioè « se buonissimi risultati si sono avuti dal taglio ipogastrico combinato al perineale, perchè non se ne avranno ancor migliori dall'ipogastrico usato da solo ? » Mi pare qui facile il dubbio che per avventura i buoni risultati non si debbano in gran parte all'apertura perineale, coadiuvante della guarigione, piuttosto che momento complicante come la vorrebbe il clinico tedesco. Lo stesso Péan, che tanto impulso diede alla chirurgia addominale,

(1) Vedi A. Jamin. Manuel de Pathologie et de clinique Chirurgicale. Paris, Baillière 1859, Tomo II, pag. 401.

(2) Uno degli ultimi fu pubblicato dal Nathamel Dandridge negli Annals of surgery, 1 luglio 99, in cui si conclude piuttosto per le singole indicazioni ben distinte e dell'uno e dell'altro metodo.

(3) Max Kahleyss. Reitrag zür Entfernung des Blasensteine durch sectio Alta. Tesi di Halle 1894.

(4) P. J. Freyer. A series of 912 operations far stone in the Bladder with some practical remarks thereon. The Lancet 14 maggio 1898.

(5) E. Albert. Traité de Chirurgie clinique et de médecine Operatoire, Paris, Steinckeil 1893. Trad. di A. Brocca, Tomo III, pag 483.

nelle sue Leçons de Clinique Chirurgicale tenute l' anno 1886-87 pubblicava tre casi di cistotomia di cui due operati col taglio alto e seguiti da morte: all' autopsia di uno di essi « au niveau de l'incision hypogastrique, trovava il Péan, le tissu cellulaire sous-coutané et les differents couches de la paroi abdominale sont infiltrés par une substance puriforme, qui les a detruits en partie, de sorte que toute la region hypogastrique est trasformée en une poche irrégulière et aufractueuse »: nel 3.° caso, che venne più tardi a morte in seguito a reumatismo articolare, la cicatrice era regolare e completa e del taglio prerettale che qui era stato impiegato, il Péan scriveva « Bien que par ce procéde on interesse la Vessie dans un point qui ne permet pas de la suturer, l'ouverture se trouvant à la partie declive empêche l' urine de s' infiltrer » (1).

Senonchè tale questione non fu sempre mantenuta nei suoi giusti limiti per l'esclusivismo di taluni operatori e si esagerò in un senso o nell'altro nel modo identico che più recentemente accadde per l'isterectomia addominale o vaginale fra chirurghi e ginecologi: l'erigere a sistema esclusivamente un metodo o l'altro può metterci nella dolorosa condizione di trovarci fra le mani un mezzo impari alle necessità di questo e di quel caso clinico e già nel congresso di Firenze del 1890 il Prof. Bottini sosteneva la necessità di una limitazione tra metodo e metodo. Il taglio sovrapubico trova le sue logiche indicazioni oltre il punto in cui cessano le condizioni permittenti del taglio prerettale.

Tali indicazioni si possono raggruppare così:

1.° Calcoli molto voluminosi

2.° Impossibilità di usare il metodo perineale per tumori, cicatrici, ecc.

3.° Gli accidenti della litotrizia (rottura di vescica, rottura o curvatura del litotritore, ecc.).

4.° I calcoli posti in diverticoli od associati a papillomi.

Cui lo Zuckerkandl univa (2) anche la calcolosi infantile che invece da tanti anni nella Clinica del Prof. Bottini trova, come già dicemmo, ottimo rimedio nella cistotomia lateralizzata. In questa stessa Clinica dal Prof. Porta la cistotomia sovrapubica fu eseguita solo cinque volte, mentre nei manoscritti lasciati da quel geniale chirurgo si trovano le storie cliniche, minutamente raccolte, di ben 134 ope-

---

(1) PÉAN. Leçons de clinique chirurgicale tenute l'anno 1886-87, pag. 713. Lo stesso Péan nell'annata 1889-90 registra un caso di epicistotomia seguito da fistola che non si chiuse se non quattro mesi più tardi.

(2) ZUCKERKANDL. Articolo. Calcoli vescicali. nel Dizionario del Bum. Milano, Vallardi. pag. 189. Vedi pure P. RÉCLUS. Clinique et critique chirurgicale, Paris, Masson 1884. La taille hypogastrique. pag. 491. ETIÉNNE. Paralléle des diverses tailles vésicales DITTEL. Nella Wiener Kl. Wochenschrift 1892. pag. 249. Conclude così: « Der Operator Sollte mit jeder Methode vertrant sein, dann wird es ihu leichter fallen, für den individuellen Fal die passende Methode zù wahlen ».

rati di taglio perineale: dal 1878 al 1888 (1), durante il primo decennio d'insegnamento del Prof. Bottini, il Marconi ha raccolto dai registri nosologici 28 cistotomie perineali e quattro sovrapubiche: dal 1888 ad oggi ammontano a più di 25 le cistotomie perineali quasi tutte prerettali (2), non fu eseguita che una sola cistotomia sovrapubica. Dai registri nosologici della clinica pavese e dalle osservazioni che ho potuto fare in questo biennio (1898-1900) risulta che il metodo prerettale, come non presentò mai alcun accidente operativo, così non ebbe mai il seguito di postumi fastidiosi: come già dissi, ho sempre constatato che già al secondo giorno lo scolo dell'urina dalla ferita perineale incomincia a diminuire gradatamente fino a scomparire del tutto in una settimana, permettendo così alla ferita di cicatrizzare completamente in una quindicina di giorni. Gli ammalati in generale rimangono apiretici e non si lamentano che per qualche giorno di un più o meno intenso bruciore al passaggio dell'urina per la ferita; tale deflusso si compie assai bene nel decubito dorsale ed a coscie leggermente flesse e divaricate fra loro. La ferita assume la forma di un V capovolto e si chiude progressivamente dalla profondità verso la superficie riunendosi per ultimo in corrispondenza dell'angolo superiore: in totalità la degenza degli operati in clinica non superò ordinariamente la durata di un mese.

Certo, se si ottengono tali risultati anche in casi con profonde lesioni delle vie urinarie e se al metodo prerettale dànno la preferenza illustri maestri come il Bottini, il Durante (3), il Tillaux (4), il Collin (5) e tanti altri, è di capitale importanza il riflettere quanto, sulle cause della dimenticanza in cui è caduta la cistotomia del Nelaton, scrisse recentemente il Bottini (6). « Ritengo che l'arresto dirò così di sviluppo dipenda da una imperfetta esecuzione, dal volere aprire l'uretra o più a valle od a monte della ubicazione designata. Se si sta più in basso della sezione occupata dall'uretra muscolare, si cade direttamente sul bulbo uretrale, la cui offesa può essere pronuba di gravi inconvenienti vuoi immediati come consecutivi. Mentre se si incide a monte si cade sul labirinto del Santorini con effetti ancora più gravi e disastrosi di quelli testè citati. Codesti perigli che sono veri e reali, si possono facilmente evitare con una metodica

(1) ARNALDO MARCONI Cistotomia soprapubica e cistotomia perineale, Milano, Richiedei 1891, pag 69.

(2) Dr. MOROTTI. Lettere chirurgiche dell'Inghilterra. Gazz. degli Ospedali e delle Cliniche, 4 ottobre 1890, pag 666.

(3) F. DURANTE. Vedi nel suo Trattato a pag. 948 del Vol. III. Al congresso di Firenze del 1890 il Durante faceva osservare al Bassini, che presentava una serie di 21 casi di epicistotomia con 1 morto e con 6 fistole post-operatorie, come tale statistica non sopportasse il confronto con quella antica di Giovanni de Romanis di 30 operati con taglio perineale tutti guariti.

(4) TILLAUX Chirurgia Clinica, Vol. II, pag. 203.

(5) COLLIN. V. Lezione in Indipendence médicale del 16 agosto 1896.

(6) BOTTINI. Lezioni sull'Iscuria Prostatica. La Clinica Moderna 1899, pag. 83.

e regolare esecuzione e, se occorrono, non sono la conseguenza del metodo, sibbene della cattiva esecuzione ». Che queste parole, che le considerazioni che noi andammo svolgendo, possano, dirò col Prof. Bottini, togliere questo procedimento altamente efficace e salutare da un immeritato ostracismo.

PARTE III.

La via prerettale in altri atti operativi sugli organi genito-urinari.

L'idea di seguire la via prerettale, oltre che nell'intento di esportare calcoli vescicali, anche per giungere col bistorì sui diversi organi profondamente situati nel perineo, informò volta a volta l'intervento di molti chirurghi nelle più svariate affezioni delle vie urinarie. Senonchè tali interventi in generale si eseguiscono con processi per così dire atipici, varianti a seconda delle circostanze di ogni determinato caso clinico, mentre un procedimento metodicamente studiato e seguito almeno nelle sue linee generali nella pluralità delle occorrenze mi sembrerebbe e più conveniente all'esercizio pratico e maggiormente rispondente a scientifica precisione.

Riconosciuti i pregi che, in confronto alle altre vie, quella prerettale offre al chirurgo che dal perineo vuol penetrare fino in vescica, mi è sorta spontanea in mente la domanda perchè di tali pregi non ci si debba ancora sistematicamente valere ogni qual volta affezioni della prostata, delle vescichette seminali, delle ghiandole del Cooper, ecc. richiedano una terapia cruenta.

Ed il mostrare esempi e motivi per rispondere affermativamente a tale domanda penso di fare più ampiamente in altra occasione: qui mi è forza ora limitarmi ad un semplice accenno riassuntivo degli atti operativi che pel raggiungimento di scopi i più diversi furono e potrebbero in avvenire eseguirsi ancora colle norme stesse esposte dal Nélaton per la cistotomia prerettale.

Anzi tutto gli stessi neoplasmi della vescica non infrequentemente sono suscettibili di esportazione mediante il taglio perineale: se nella grande maggioranza dei casi (1) la sectio alta è l'unica applicabile, sempre che l'intervento risponda al bene degli infermi (2), ci possiamo incontrare in casi clinici in cui sia logica la domanda che si pone il Picard (3): » La taille perineale peut-elle être preferable à la taille hypogastrique dans la cure des quelques néoplasmes vesicaux ? »

Questo Autore, ricordati casi clinici di facili complicanze che

(1) Boeckel. La via sovrapubica nei tumori vescicali. Vedi Bull. dela Société de Chirurgie Seduta del 17 ottobre 1899.
(2) Motz. V. resoconti del Congresso francese di Urologia dell'ottobre 1899.
(3) Henri Picard. Vedi a pag. 320 degli Annales des mal. des org. gen-urinaires, 1891,

neoplasmi pur benigni ma inseriti sulla parete vescicale anteriore hanno presentato dopo la Sectio Alta, ci conduce a riflettere sulla convenienza che in tali casi si abbia a seguire la via prerettale: il metodo darà ancora qui risultati soddisfacenti sempre che siensi riscontrate con precisione e le indicazioni di un atto operativo e quelle specifiche dell'atto che eseguiamo (1): uno dei primi e più felici esiti fu quello pubblicato dal Southam nel 1891 (2). Ma la questione dell'operabilità dei tumori vescicali è assai complessa e non possiamo qui estenderla sia pur di poco, specie se vogliamo ricordare gli odierni ardimenti nella estirpazione totale della vescica (3).

Nè possiamo indugiarci a discutere i criterî talora opposti che si sono messi in campo per disciplinare la cura delle cistiti croniche: dicemmo già quanta meraviglia desti il vederle trattare colla cistotomia sorapubica ed ora ricordiamo gli studî e le osservazioni cliniche del Leguen e del Miranda, perchè il drenaggio perineale, da essi consigliato (4), non trova miglior esecuzione che col taglio prerettale. Ma sventuratamente gran parte di tali inflammazioni vescicali sono di origine tubercolare e, come è noto, l'andamento clinico della tubercolosi delle vie urinarie è spesso rapido ed è sempre dei più resistenti alle cure più intense e più estese: l'infezione specifica assai di rado rimane circoscritta al punto di origine e con andamento ascendente o discendente invade presto gli organi anatomicamente continui, annientando i vantaggi di ogni nostro sforzo curativo e riducendo si può dire a zero la percentuale delle operazioni radicali (5). Perciò in generale la cura cruenta della tubercolosi vescicale, come in quella della prostata e delle vescichette seminali è controindicata (6) e, malgrado i casi operati dall'Ullmann, dal Villeneuve, dal Roux, dallo Schede, dal Weir, dal Routier, dal Guelliot, ecc., anche il Durante (7)

---

(1) ALBARRAN. Nel The Edimburg med Journal, novembre 1897 riunisce 29 casi di epicistotomia per tumori (3 volte con sinfisiotomia) con 6 morti e solo 4 guarigioni radicali. Risultati migliori, ottenuti colla epicistotomia erano quelli (14 casi) pubblicati dal Frisch nel 1894. V. Riforma med. 1894, Vol. I, pag. 441.

(2) SOUTHAM. Papilloma del collo vescicale. Taglio perineale. Guarigione. The Lancet 2 maggio 1891.

(3) Vedi la bella tesi del Dr. GIUSEPPE PACCINOTTI. Sui tumori della vescica e loro cura, Milano. Vallardi. Colleg. ital. Serie IV, N. 7. A pag. 417 ricorda la bottoniera perineale eseguita dal Thompson per tumori vescicali, che estirpava con apposite pinces-forceps. Vedi pure BAZY. De l'intervention chirurgicale dans les tumeurs de la vessie chez l'homme. Soc. de Chirurgie, 13 giugno 1883. POUSSON. Thèse de Paris 1881. GUYON. Discussione al congresso francese di Chirurgia del 1888. THOMPSON. Leçons sur les tumeurs de la vessie, pag. 80. KRAUSE. Resectio der Harublase, Munchener med. Wochenschrift, 1899, pag. 1413.

(4) LEGUEN. Du drainage perinéale de la vessie dans les cystites rebelles. Annales des mal. gen. urin 18 5, pag. 1065. HYGINO DE MIRANDA. Traitement des cystites rebelles chez l'homme par le courettage vèsical et le drainage pèrinèale, Paris 1895.

(5) V. statistiche degli esiti degli interventi per tubercolosi vescicale nel Trattato di Duplay et Rèclus, Vol. VII, p. II, pag. 320. Due casi di estirpazione totale della vescica furono pure seguiti ambedue da diffusione dell'infezione tubercolare.

(6) PAVONE. Trattato delle malattie delle vie urinarie, Palermo 1892, pag. 492.

(7) DURANTE. Trattato di Patologia e Terapia chirurgica, Vol. III, pag. 1037.

ritiene che gli atti operativi favoriscano maggiormente il diffondersi del processo morboso e la cura si debba limitare alle iniezioni parenchimatose ad es. iodo-iodurate o di cloruro di zinco, come ha proposto il Desnos (1). Tanto il Durante come il Desnos si valgono, nelle iniezioni endoprostatiche, del tragitto indicato per la cistotomia prerettale e, sorvegliando il cammino dall'ago della siringa attraverso alla parete rettale anteriore, confortano di sicure tutele queste iniezioni che altrimenti riuscirebbero quasi inattuabili.

Sulle ghiandole del Cooper, sulle vescichette seminali e sulla prostata si portò pure il bistorì per praticarne l'esportazione totale o parziale in caso di tumori, di cisti, di inflammazioni croniche: ai pochi casi pubblicati, come quelli del Guelliot (2), e di Mansel Moullin (3), se ne andranno aggiungendo sempre più numerosi e già i chirurghi accordano la preferenza od al metodo prerettale quale lo ideò il Nélaton od a quello Dittel-Zuckerkandl che ne è come una ampliazione. Con questo processo si disseca un lembo a forma di trapezio al davanti dell'ano: fatta una incisione trasversale a 3 cm. al davanti di questa apertura e compiuti due altri tagli che dagli estremi della prima volgano indietro ed all'indentro fino ai lati del retto, si scopre, dissecandola, la parete anteriore di quest'ultimo e la si rovescia indietro col lembo così scolpito approfondendoci tra le due metà dell'elevatore dell'ano, fino ad avere comodamente sott'occhio la base della prostata, il fondo vescicale e le vescichette coi due vasi deferenti. Tale è pure il metodo d'elezione per eseguire la prostatectomia nei casi di ipertrofia: ma, se è interessante il ricordare le numerose discussioni sulla preferenza da accordarsi alla via prerettale piuttosto che a quella sovrapubica nella esportazione di porzioni di prostata, è pur razionale e di logica necessità che ormai si imponga nella cura della ipertrofia prostatica il metodo già da tanto tempo preconizzato dal Prof. Bottini. Quando era ancora questione tra prostatectomia sovrapubica e perineale si sono accumulate a centinaia le osservazioni cliniche e le pubblicazioni in appoggio a questo od a quel metodo: dal Desnos, dal Mac Gill, dal Kümmel, dal Küster (4) per la prostatectomia perineale laterale (5), allo Zuckerkandl, al Gosset, al

(1) Desnos. Relazione al Congresso francese per lo studio della tubercolosi, 27 luglio 1893, Parigi

(2) Guelliot. Chirurgie des vésicules seminales. Presse Médicale 1898, N. 33. Riporta due casi propri ed altri di Roux, di Schede, ecc. pure operati per via perineale.

(3) Mansel Moullin. Excision of one of the Vesiculae seminal-st Congresso della Britisch med. Assoc. in Edimburg 1898. Il Ioumans (Centralblatt f. Chirurgie, 29 aprile 1890) usò il metodo sacrale del Kraske. Roux. De l'extirpation des vericules seminales. Congresso francese di Chirurgia del 1891.

(4) Küster. Nuove operazioni sulla Prostata. Nell'Archiw f. Klin. Chirurgie, Vol. 42-Helt II.

(5) Vedi Wiener Klin. Wochenschrift 1890, N. 18, pag. 339.

Proust, ecc., col metodo prerettale (1), la discussione si svolse fra i più opposti pareri (2), allargandosi e confondendosi nel contrasto che venivano a sostenere colla prostatectomia altre peregrine e barbare terapie (3) come la legatura delle iliache interne, quella dei dotti deferenti, l'orchiectomia e va dicendo. Ed in tal modo pure si sono fatte innumeri discussioni sulla puntura ipogastrica, talora glorificata, talora condannata pei suoi misfatti (!) (4), fino a giungere ad erigere a metodo nella iscuria dei prostatici la cistotomia sovrapubica per opera di Poncet e Delore (5), che appassionò tanto specialmente i chirurghi francesi (Vedi discussioni alla soc. di Chirurgia di Parigi col Lejars, col Tuffiers, Bazy, Pousson, ecc. Bull. anno 1895 e seguenti). La superiorità assoluta e sotto qualsiasi riguardo offerta dal metodo dell'illustre Prof. Bottini fu già da tanti ed infinitamente meglio di quanto potrei far io qui messa in tutta la sua piena evidenza. nella pratica, secondo il Ceccherelli (6), l'operazione del Poncet potrebbe qualche volta riuscire utile qualora si limiti ai casi associati a complicazioni e dei quali risulti strettamente indicata.

Ma dove nella stragrande maggioranza dei casi pratici l'incisione prerettale trova utilissima applicazione ed anzi dovrebbe sempre costituire il metodo d'elezione è nel trattamento dei calcoli prostatici e degli ascessi del perineo. Le raccolte marciose che si formano nelle diverse loggie, che abbiamo diffusamente studiate, assumono clinicamente diverso aspetto e decorso a seconda del loro punto di partenza; trattasi generalmente di processi infiammatorì delle ghiandole del Cooper, della prostrata e delle vescichette seminali che volgono ad esito di suppurazione per l'azione piogena di germi arrivati per la

---

(1) Gosset et Proust. De la Prostatectomie perineale. Negli Annales des mal. des org. gen. urinaires, 1900, pag. 35. Descrivono una loro modificazione al metodo del Dittel. Disgraziatamente gli autori, volendo accennare alla via uretrale seguita dal Bottini col suo metodo di incisione termogalvanica della prostata, mostrano di conoscerne ben poco i risultati, giacchè si riferiscono unicamente ai primi 7 casi curati con tale metodo e pubblicati fino dal 1874!

(2) Vedi Pousson. Prostatomie et prostatectomie. Bull. de la Soc. de Chirurgie, Seduta del 5 luglio 1899. Il Syms (Prostatectomia. Annales of surgery, marzo 1899), sostiene la cistotomia sovrapubica associata alla perineale.

(3) Albarran et Moty. Ètude esperimentale et clinique sur le traitement de la hypertropnie de la Prostate par les oper. pratiques sur le testicule et ses annexes. Annales des mal. des org. gen. urin., gennaio 1898.

(4) Taillefer. Un nouveau mêfait de la ponction hypogastrique. Gazz. abdom, 1 luglio 1896 È un caso di morte per ematoma sottoperitoneale, ma chissà quanti misfatti rimangono sconosciuti!

(5) A. Poncet et X. Delore. Traité de la cystotomie souspubiènne chey lès prostatiques (création d'une urèthre hypogastrique, Paris 1890. Già antecedentemente il Poncet aveva pubblicati articoli nel Bulletin médicale dell'aprile 1892 (Sulla funzione dell'uretra contro natura dopo la cistotomia sovrapubica), nelle Semaine Mèdicale 1893 e nella Gazz. ebdom 1894. Ne scrissero anche Delore nel Bulletin médicale, pag. 78, dell'anno 1897. Bazy. Du mèat hypogastriqne chez les prostatiques. Bull. gen. de Therapeutique, 15 giugno 1896 e molti altri.

(6) Vedi Recensione del libro del Poncet del prof. Ceccherelli nella Clinica Chirurgica 1899, N. 5.

via dell'uretra o del torrente circolatorio. A questi vanno aggiunti i cosidetti ascessi urinosi che, o in seguito a restringimenti notevoli del lume uretrale od in causa di traumatismi dell'uretra, si ordiscono per l'infiltrarsi dell'urina nei tessuti del perineo ed il consecutivo diffondersi di microorganismi piogeni. Nè qui occorre che ci ripetiamo per richiamare la topografia degli strati in cui tali raccolte marciose si estendono a seconda della loro origine; gli ascessi da cooperite e pericooperite si confondono talora con ascessi urinosi partiti dall'uretra membranosa, ma tutti defluiscono verso il punto più declive, ossia verso la regione anale; gli ascessi da seminaliti (1) o da prostatiti, contenuti generalmente a lungo dal foglietto superiore della aponeurosi perineale media, determinano, colle loro stesse manifestazioni locali, il chirurgo ad intervenire per la via del retto. Se da molti autori (2) la preferenza è accordata alle punture od incisioni (3) attraverso alla parete anteriore del retto, non credo in via generale convenga applicare questo metodo, quand'anche disciplinato e confortato dalle norme che consiglia il Routier (4) per convertirlo il più possibile in una operazione a cielo scoperto.

La innocuità dell'incisione prerettale, cui fecero utile ricorso tante volte anche il Dittel e lo Zuckerkandl (5), s'accoppia ad un insieme di condizioni favorevoli e per l'atto operativo stesso e pel decorso e guarigione consecutivi, che nella cura degli ascessi prostatici dovrebbe in generale cadere su di essa la scelta anche precocemente e senza fare fidanza su un possibile ma sempre insufficiente svuotamento per la via dell'uretra (6).

Unica poi, piuttosto che discutibile, si presenta la via prerettale nell'esportazione dei calcoli prostatici; l'incisione semicircolare al davanti dell'ano, è detto anche nel trattato di Duplay e Réclus, come già aveva consigliato il Démarquay, è quella che deve essere scelta e, se qui non possiamo dilungarci a ricordare le considerazioni già svolte pei calcoli vescicali, ne fanno però già una eloquente apo-

---

(1) Swimburne Seminal vesiculitis and prostatitis. Vedi nel Centrallbalt f. Chirurgie del 21 gennaio 1900.

(2) P. Gurard. Traitement des suppurations prostatiques par la ponction au trocar à travers le paroi rectale. Annales des mal. des org. gen. urin. dicembre 1899.

(3) Consigliata già dal Velpeau nel 1842.

(4) Routier. La cura degli ascessi prostatici. V. Semaine médicale 1894, N. 68. Dell'incisione perineale dice che, se evita le emorragie e se permette di applicare le cautele antisettiche, è insufficiente al deflusso del pus (?) D'altra parte invece il Yabulay (Lyon médicale) incide lungo la parete anteriore del retto perfino per drenare le raccolte purulente peritoneali. Affatto recentemente il Delanglade alla societè de Chirurgie di Parigi (seduta 30 maggio 1900) sostenne come raccomandabilissima la via prerettale nella cura degli ascessi appendicitici ad evoluzione pelvica profonda di cui riferì tre casi clinici.

(5) Zuckerkandl. Nella Wiener Klin. Wochenschrift del 1892. N. 28.

(6) Vedi Pavone. Luogo citato, pag. 465, ed anche Guilaim. Contribution à l'étude du traitement des abcés prostatiques et périprostatiques par l'incision périnéale. Thése de Paris 1886. Dittel Ascessi della prostata. Centralblatt für Chirurgie 1889, pag. 747.

logia i dati clinici raccolti per ogni dove. Il Guyon (1), che recentemente ha arricchito la letteratura di tale argomento con un bello studio sul decorso clinico dei calcoli prostatici, consiglia, pur essendo quasi l'antesignano della epicistotomia, esclusivamente il taglio prerettale. Qui pure, come già nel trattamento delle seminaliti e prostatiti purulente, il Prof. Durante (2) ed il Prof. Bottini (3) si valgono dei vantaggi onde è ricco il taglio del Nélaton; qui ancora ai vari casi finora registrati dal Locquin (4), dal Bazy (5), dal Golding-Bird, dal Guyon, ecc. si vanno associando sempre nuove osservazioni non meno interessanti per la terapia che per l'andamento clinico. Un giovane ventitreenne, operato il 20 giugno dell'anno scorso, nella Clinica Operativa del Prof. Bottini di taglio prerettale per calcoli prostatici multipli (del peso complessivo di circa 150 grammi), giungeva in poco più di due settimane a completa guarigione. Ed infine i calcoli saccati del perineo, accolti nelle dilatazioni sacciformi dell'uretra tanto genialmente studiate da Luigi Porta (6) nella stessa Clinica pavese, trovano tanto maggiore spazio nel perineo quanto più all'indietro verso il retto spingono la loro sacca uretrale; per essi, come per le altre affezioni che siamo venuti ricordando in questo breve riassunto, un giusto criterio della risorsa terapeutica consigliata dal Nélaton può spesso riuscire fattore di felici e duraturi risultati.

---

(1) GUYON. Des calculs de la région prostatiques. Annales des mal. gen. urin, gennaio 1899 Questo Autore dimostra la elevata frequenza di tali calcoli, ne studia la patogenesi dividendoli in due classi (c. prostatici propriamente detti e calcoli dell'uretra prostatica fra cui quelli en sablier) e ne discute ampiamente la cura.

(2) DURANTE. Luogo citato, pag 1024 a 1035 del Vol. III.

(3) BOTTINI. Lezioni sull'iscuria prostatica in Clinica Moderna 1899, pag. 82. « Tutte le volte che mi occorse di intervenire (per prostatite suppurata) prescelsi sempre e precocemente l'itinerario indicato per la cistotomia prerettale».

(4) LOCQUIN. Taille prérectal précédée d'un urethrotomie interne pour un calcul prostatique chez un rétreci. Gazz. méd de Paris, 20 giugno 1895.

(5) BAZY. Deux observations de calculs prostatiques. Bull. de la Soc. de Chirurgie de Paris. Seduta del 7 dicembre 1893 (Caso di Souligona

(6) L. PORTA. Dei calcoli saccati del perineo Lettura all'Istituto lombardo di Scienze e Lettere nella seduta del 21 novembre 1861.

Milano, luglio 1900.

Dall'Istituto di Clinica Chirurgica operativa della R. Università di Parma
diretto dal Prof. ANDREA CECCHERELLI

CONSIDERAZIONI CLINICHE-SPERIMENTALI

SULLA PATOGENESI DELLE ALTERAZIONI GASTRICHE CONSECUTIVE ALLE STENOSI BENIGNE DEL PILORO

E STUDI

SUI RESULTATI PROSSIMI E REMOTI DELLA GASTROENTEROSTOMIA E PILOROPLASTICA

PEL

Dott. G. B. GHERARDI

(Continuazione e fine, V. N. 5 6 ed 11)

ESPERIENZE.

Esperienza I. — Cane del peso di 17 kg. 17-1-99. Anestesia cloroformica. Laparotomia mediana. Lo stomaco appare subito al davanti: è di discreto volume; è vuoto. Passo un laccio di seta abbastanza grosso attorno al piloro e lo stringo forte. Sopra al primo filo dò alcuni punti di sutura in modo da nascondere colla sierosa completamente il primo. Chiudo l'addome a strati. Medicazione asettica.

18 Gennaio. — Il pazienze è mesto, si avvicina al recipiente contenente latte che fiuta ma non assaggia.

19 Gennaio. — Non mangia niente, è molto malinconico, si muove appena e dopo pochi passi si corica di nuovo. Questo stato continua sino alla sera in cui muore. Peso kg. 15 $^1/_2$. Autopsia: tessuti asciutti, stomaco contratto. Intestino vuoto e retratto. Aperto lo stomaco trovo che contiene un liquido giallognolo di odore disgustoso, acidissimo. La mucosa è disposta a pieghe longitudinali, dal cardias al piloro, e presenta emorragie puntiformi. Nel punto ove fu applicato il laccio trovo una striscia bianca anemica.

Esperienza II. — Cane del peso di kg. 25.500. 26 gennaio 99. Anestesia morfinica (12 centg. di morfina). Laparotomia mediana. Lo stomaco è voluminoso. Faccio passare, stringendo bene, un piccolo tubo di gomma a drenaggio attorno al piloro e lo annodo in corrispondenza della faccia anteriore della regione suddetta. Chiudo il ventre a strati. Medicazione asettica.

27 Gennaio. — L'animale rifiuta qualunque cibo, non può camminare, gli arti non lo sostengono e sta sempre accovacciato.

28-29 Gennaio. — Rifiuta il cibo ma si getta con avidità sull'acqua che dopo averla introdotta poco dopo la vomita. Sta sempre coricato, e, sollevato cade quasi a terra. Al I Febbraio lo trovo morto. Pesa kg. 23. 200. Autopsia: tessuti prosciugati; stomaco contratto ed apertolo cerco d'introdurre il dito attraverso il piloro ma solo vi riesco con una pressione tale che certamente la forza delle pareti non avrebbe potuto vincere. Incido in corrispondenza del laccio e trovo al suo posto che i tessuti sono anemici, atrofizzati e che per salire sui tessuti sani occorre salire un gradino di discreta altezza. La mucosa dello stomaco e dell'intestino è iperemica.

Esperienza III. — Cane nero del peso di kg. 12. 6 Febbraio 99.

Laparotomia mediana. Rendo stenotico il piloro con una fettuccia di tela bianca larga 2 cm. circa, i cui monconi suturo a sopragitto. Una piccola arteriola nella regione pilorica vien lesa e son costretto ad applicarvi un laccio. Chiudo l' addome a strati ed applico sulla ferita del collodion jodoformico.

8 Febbraio. — Dopo l'operazione l'animale restò coricato per ben 5 o 6 ore agendo ancora l' anestesia morfinica (6 centg.). Stamane bevve un po' di latte. Cammina, ma non è tanto allegro.

9 Febbraio. — Sta coricato, non si alza nemmeno una volta nel corso della giornata, si presenta malinconico e sofferente. Alla mattina del 9 lo trovo morto.

Autopsia. È diminuito di peso. Anche qui avevo prodotto una vera occlusione. Lo stomaco non è dilatato.

Esperienza IV. Cane del peso di 8 kg. 23 Febbraio 99.

Laparatomia mediana. Lo stomaco è facile ad essere tirato fuori. Applico in corrispondenza del piloro un filo di seta a filzetta lasciandolo abbastanza lento. Chiudo il ventre come nei primi esperimenti. Medico al collodion jodoformico.

24 Febbraio. — Il cane mangia e vomita ma si mantiene abbastanza vivace.

28 Febbraio-5 Marzo. — Il cane continua a mangiare ed a vomitare. È dimagrato.

22 Marzo. — Continua il vomito. Pesa 6 kg.

Mi decido di riaprirgli il ventre. Pratico la gastroenterostomia alla Hacker. Trovo lo stomaco un po' dilatato specie nella regione prepilorica: il filo a filzetta era penetrato nell'interno dei tessuti perchè esternamente non se ne vedeva traccia.

Appena aperto il ventricolo introduco dalla nuova bocca gastrica un dito e lo dirigo verso il piloro che trovo ristretto e che m'impedisce il completo passaggio del dito.

24 Marzo. — Il cane non sembra essersi accorto di questa operazione. Comincio a dargli qualche alimento.

28 Marzo. — L'animale mangia molto perciò aumento la razione giornaliera.

Il 6 Aprile trovo il cane nelle condizioni di prima. Pesa 8 kg. e 200. Mangia molto e non vomita. È allegro e salta.

7 Aprile lo sacrifico. All'autopsia trovo lo stomaco nelle condizioni della prima operazione. Introdotto un dito nel nuovo piloro sento che è stretto come da un anello elastico.

Esperienza V. — Cane del peso di kg. 6. 24 Marzo 99.

Laparotomia mediana. Pratico la gastroenterostomia posteriore e nello stesso tempo la chiusura della regione pilorica con un filo di seta.

26 Marzo. — Il cane mangia, non vomita; è come non fosse stato operato. Dopo una diecina di giorni lo sacrifico e trovo che il piloro vero era ristretto mentre il nuovo era pervio al mio dito mignolo.

Esperienza VI. — Cane del peso di kg. 14. 27 Marzo 99.

Pratico nella regione pilorica un taglio verticale e suturo longitudinalmente; segno cioè il processo inverso della piloroplastica. Sulla sutura della mucosa ne pratico altre due, una siero-muscolare, l'altra siero-sierosa. Medicazione collodion-jodoformica. Gli si dà da mangiare, ma lo vomita dopo poco tempo. È mesto, dopo 3 giorni muore. Trovo peritonite; la sutura non teneva sufficientemente: lo stomaco non è dilatato.

Esperienza VII. — Cane di 5 kg. 29 marzo 99.

Laparotomia mediana. Suturo al di qua del piloro introflettendo molto le pareti gastriche. Chiudo il ventre a strati.

30 Marzo. — Il cane mangia, beve del latte, ma il tutto vomita. Tuttavia è allegro, salta cogli altri e gioca.

6 Aprile. — Apro il ventre. Il ventricolo non è dilatato. Pratico la gastroenterostomia posteriore. Nei giorni successivi l'animale non vomita più e così lo potei osservare per varî giorni. In una notte mi fugge per cui non posso continuare le mie osservazioni.

Esperienza VIII. — Cane del peso di kg. 11. 500. 4 Aprile 99.

Anestesia morfinica (21 centg,) Estratto lo stomaco applico un filo di seta a filzetta in corrispondenza del piloro. Chiudo il ventre.

7 Aprile. — Il cane è mesto, mangia e vomita.

15 Aprile. — Continua lo stato precedente.

L'animale diventa magro sempre più, non salta e sta lungo tempo coricato.

20 Aprile. — Le condizioni si aggravano per cui decido di praticargli la gastroenterostomia posteriore. Lo stomaco si mostra svasato verso l' estremo pilorico. Dopo 3 giorni dall'operazione, nei quali lo alimentai con clisteri nutritivi, comincia ad alzarsi, prende un po' di cibo per bocca.

3 Maggio — L' animale sta bene ed ingrassa manifestamente, salta ed abbaia continuamente.

Al 15 Maggio lo uccido ed all'autopsia lo stomaco mi si mostra nelle misure identiche a quando applicai il laccio al piloro. Il legger grado di ectasia prepilorica è scomparso.

Esperienza IX. — Cane nero, pesa kg. 21,300. 26 Aprile 99. Laparotomia mediana. Metto un laccio di gomma non molto stretto al di là del piloro. Chiudo il ventre.

28 Aprile. — Il cane si mostra allegro, salta e disturba molto col continuo abbaiare.

30 Aprile. — Il cane vomita qualche volta ma si mantiene sempre in stato abbastanza allegro

2 Maggio. — Riapro il ventre e trovo il ventricolo non dilatato. Eseguo la gastro-enterostomia posteriore. Nel punto ove ho applicato il laccio esistono aderenze per peritonite adesiva.

8 Maggio. — Il cane continua bene. Salta, mangia e non vomita. Pesa 21 kg. Il 4 Giugno lo sacrifico. Lo stomaco è in condizioni normali. Introducendo un dito nel nuovo piloro me lo sento stringere; asporto il pezzo per esaminarlo al microscopio.

Esame microscopico. — Prendendo a esaminare un pezzo anatomico costituito dalle pareti gastriche e dalle intestinali, questo si presenta macroscopicamente come un ammasso di tessuto perfettamente saldato ed omogeneo. Vale a dire che il saldamento determinato dalla sutura fra le sierose gastrica ed intestinale è così completo per cui, nei maneggi necessari a isolare le parti indispensabili alla ricerca, esse si mantengono unite come formanti parte di un organo medesimo. Il tratto lungo il quale questo saldamento tra le sierose intorno all'orificio di nuova formazione è completo, si può calcolare circa di $^1/_2$-2 cm. È precisamente riguardo a questa zona che io ho istituito delle ricerche microscopiche allo scopo di vedere di qual natura fossero le modificazioni che eventualmente potessero occorrere in questi tessuti messi bruscamente fra di loro in rapporti che naturalmente non hanno mai avuti; di vedere come i singoli elementi di tali organi si comportassero di fronte alla nuova funzione che erano chiamati a compiere; come si comportassero infine riguardo alla funzionalità essendo messi in condizioni tali per cui necessariamente venivano ad essere sottoposti a' nuovi contatti di materiali alquanto differenti da quelli coi quali fisiologicamente erano abituati. A rendere più evidente la ricerca ho tagliato i pezzi più interessanti.

Questi furono fissati parte in bicromato al 3 %, parte in sublimato al 7 % e trattati in seguito coi metodi comuni.

Quanto alla colorazione mi sono servito di preferenza di colori nucleari e specialmente dell'ematossilina di Böhmer colorando il fondo con carminio, con acido picrico, con orange, ecc.

Già ad occhio nudo nelle sezioni così trattate si presentano bene evidenti i due strati ghiandolari periferici parallelamente disposti, sotto di essi s'intravedono gli altri strati e procedendo dalla peri-

feria verso l'interno del pezzo si nota una linea di demarcazione sottile ma evidente la quale non è altro che la cicatrice fra le due sierose.

All' esame microscopico dei pezzi, colorati con ematossilina ed acido picrico, a piccolo ingrandimento, si nota subito il perfetto stato nel quale si trovano le glandole sia gastriche che intestinali.

Ometto la descrizione di esse perchè mi pare che descrivendo non farei altro che ripetere una descrizione di glandole normali. Ma a proposito delle glandole avviene un fatto notevole. La superficie di sezione delle due tonache che dovrebbe essere priva di epitelio in corrispondenza del canale, oppure, se coperta di epitelio, dovrebbe questo portare i caratteri evidenti di epitelio glandulare di nuova formazione od almeno, e più probabilmente anzi, di epitelio a tipo prevalentemente stratificato come quello cicatricale, invece anche in corrispondenza del canale si nota il vecchio epitelio ghiandolare identico a quello delle due superfici; il che vuol dire che, poste a contatto le due sierose e resa, col taglio delle tonache, la mucosa indipendente da quelle, essa si distende liberamente a coprire le due superfici di esse e si salda con quella dell'organo opposto. Perciò anche in questo punto non ho potuto notare alcuna differenza nella struttura glandolare. Sarebbe stato molto interessante di vedere se però le tonache muscolari portassero qualche impressione del funzionamento nuovo al quale erano state disposte dall'operazione. Ma per quante ricerche io abbia fatte, esaminando diligentemente i nuclei dei fasci muscolari circolari e longitudinali non sono riuscito ad osservare una sola cariocinesi ed il fatto è così costante ed evidente che io mi sento in grado di poter asserire che ipertrofia muscolare non avviene attorno a questa nuova porta che la mette in condizioni di funzionare come un'apertura provvista di sfintere. Anche a piccolo ingrandimento non si nota alcuna differenziazione dal normale nell'aspetto di queste masse muscolari.

Qualche cenno di reazione esiste però negli strati sottostanti. Ivi il connettivo è in leggerissimo stato di reazione e si vedono nuclei molto colorati e qua e là qualche piccolo versamento parvicellulare. Al centro del pezzo e parallelamente ai due strati ghiandolari si nota e colla massima evidenza una bella cicatrice lineare connettiva costituita dalle due sierose affrontate. Questa mostra però qua e là di risentire dei movimenti degli organi ai quali è interposta poichè non è assolutamente regolare nel suo andamento ma qua e là fasci di fibre mostrano direzione diversa e a quanto pare forzata. Noto però che potrebbe darsi che questa varia direzione delle fibre potrebbe anche essere attribuita alle violenze indispensabili da parte di un inesperto nella preparazione dei pezzi. In conclusione ho osservato:

a) Saldamento completo fra i due organi affrontati.

b) Rivestimento completo delle superfici di sezione per l'avanzarsi bilaterale della mucosa sezionata e saldamento di questa.

c) Nessuna speciale modificazione del tessuto muscolare in modo da poter pensare che ivi si vada costituendo un vero piloro e che questa apertura venga ad essere dotata di un sistema contrattile diverso o superiore a quello che normalmente possiede la muscolatura gastrica.

Esperienza X. — Cane del peso di 19 Kg.

4 *Maggio.* — Laparotomia mediana. Pratico la gastroenterostomia alla Hacker e nello stesso tempo chiudo il piloro con punti di seta tutto attorno.

6 *Maggio.* — Il cane sta bene, non vomita, si ciba anche di sostanze solide.

10 *Maggio.* — Riapro il ventre e tratto fuori il piloro a stento per le aderenze formatisi, tolgo i punti stenosanti. Contemporaneamente distacco l'intestino dalla nuova bocca gastrica e chiudo separatamente per rendere così gli organi nelle condizioni di prima.

12 *Maggio.* — Il cane è mesto e vomita.

15 *Maggio.* — Pare si sia rimesso. È di nuovo allegro, mangia di tutto e non vomita. Così il piloro funziona come prima.

Conclusioni.

Dall'esposizione di questo esiguo numero di esperienze io devo concludere:

1.° Lo stimolo portato nella regione pilorica produce disturbi gravi sia dal lato funzionale dello stomaco, sia generali, disturbi che sono in rapporto diretto coll'intensità dello stimolo e del punto ove esso viene a cadere.

2.° Mai fu riscontrata, consecutivamente alle stenosi artificiali, una vera e propria dilatazione gastrica e ciò perchè la stenosi prodotta su tessuti facilmente si lascia vincere.

3.° La gastroenterostomia posteriore toglie i disturbi prodotti dalla stenosi e l'animale sta bene; per cui si può concludere che essa può supplire completamente la funzionalità del vero piloro senza arrecare alcuna modificazione nello stato di nutrizione e di benessere.

4.° Attorno alla nuova bocca il microscopio non ha dimostrato la formazione di un vero e proprio sfintere.

BIBLIOGRAFIA.

Ewald. — Clinica delle malattie della digestione.
Carle e Fantino. — Contributo alla patologia e chirurgia dello stomaco. Il Policlinico, anno 1898. Sezione chirurgica, N. 6, 8, 10, 12, 14.
Maragliano e Cantani. — Trattato italiano di patologia e terapia medica.
Ferranini A. — Malattie dello stomaco.
Doyen E — Traitement chirurgical des affections de l'estomac et du duodenum.
Sanseni Luigi. — Trattamento delle malattie dello stomaco.

Cecoherelli A. — La chirurgia dello stomaco. Enciclopedia medica italiana.
» — Intervento chirurgico nelle malattie dello stomaco. Conferenze cliniche italiane dirette dal prof. De-Giovanni.
Ceooherelli A. — Rendiconti clinici anni 1896-97-98.
Ogston A. — Study on the treatment of non malignant stricture of the pylorus. Lancet 23 majs 1897.
Durante — Trattato di patologia e terapia chirurgica
» — Sui restringimenti del piloro. Policlinico 1894.
Ziegler. — Anatomia patologica.
A. Ferranini. — Patogenesi e significato clinico della gastrectasia. Rif. med.
Kussmaul. — Il turbamento peristaltico dello stomaco. Conferenze collana Volkmann.
Pueck. — De la stase gastrique. Thése de Paris.
Hayem e **Robin.** — Sulle stenosi piloriche. Rif. med. 1897, N ° 133.
W. H. Welck M. D. — Dilatazione di stomaco. Tradotta dal dott. Giuseppe Lapponi. Trattato di Medicina Pratica.
Von Mehring. — Sulla funzione della mucosa gastrica. 12.° congr. di med. interna. Viesbaden 13 Aprile.
Hartmann e **Terrier.** — Chirurgie de l'estomac.
Trioomi. — Contributi clinici. 1897-93.
Guedy. — Des résultats functionnels eloignés de la gastroenterostomie dans les sténoses non cancerenses du pylore. Thése de Paris.
Mintz S. — Ueber das functionelle Resultat der Magenoperationen. Vien. klin. Wochen. 18 April 2 et 16 mai.
Géza Kövesi. — Influenza della gastroenterostomia sui processi secretivi dello stomaco. Münchener medicinische Woschen. N.° 34, 1878.
Pernice. — Effetti delle stenosi sperimentali del piloro. Rif. med.
Tuffier e **Bonamy.** — Studio sperimentale sulla chirurgia dello stomaco (non ancora pubblicato).

L'argomento del giorno.

Avevo appena finito di leggere il bellissimo libro di Achille De Giovanni sulla *Nevrosi e Nevrastenia*, e ripetevo fra me e me queste sue parole « La imaginazione dell'uomo può essere egualmente trasportata da Dio e dal diavolo e dal medico, a seconda che la mente è nutrita da pregiudizi e da convinzioni. le quali alla loro volta possono essere vere o false, a seconda dello stato di sviluppo e di cultura individuale » quando ebbi fra mano un volume dalla ricca edizione del Tèqui di Parigi, splendidamente illustrato, e che portava per titolo — *Les grandes guérisons de Lourdes*. — Lo scrittore di quel grosso libro di 560 pagine è il Dottore Boissarie; e perchè scritto da un medico lo volli leggere. — Sebbene presentato da Èlie Mèric, Protonotaro Apostolico e Professore alla Sorbona, il quale in testa alla prefazione aveva scritto: « è più di filosofia e di scienza in un povero malato che domanda a Dio la sua guarigione che in tutti i sofisti orgogliosi che l'insultano col loro sorriso o che l'opprimono con i loro motteggi » ed in fine « Voi ci fate vedere ai piedi della Vergine di Lourdes ravvicinati e riconciliati dalla delizia suprema della verità religiosa il povero malato che domanda a Dio la sua guarigione in uno slancio di fede e di amore ed il sapiente che non contesta più a Dio il potere di esercitarlo », volli illudermi che il dottore Boissarie, pur avendo una fede illimitata in Dio e nella Vergine, dasse nel suo libro qualche spiegazione sui fatti osservati — Ma fu una illusione.

Premetto che ben mi guarderei di porre in discussione tutto ciò che è fede, tutti quei sentimenti che fanno rivolgere a Dio preci, aspirazioni, ed in Lui, sommo e grande ed immenso e tanto più immenso quanto più è inaccessibile ed inesplicabile tutto ciò che si connette alla Divinità, credono e confidano. — Riverente m'inchino dinanzi a questi credenti, e vorrei per la mia felicità avere la fede cieca ed assoluta che li sostiene e li guida. — Lontana da me poi l'idea qualsiasi di quel dileggio, che è attributo soltanto dei cinici e delle anime volgari. — Emilio Zola, da Maestro sommo quale egli è, dipinse troppo bene la differenza che esiste fra il credente, che crede, prega, opera, e nel suo fervore, nella sua fede, nella sua credenza tutto aspetta dalla Divinità e tutto crede di avere ottenuto da Essa sin'anco il sopranaturale, e colui che la credenza degli altri vuole convertire in credulità e da questa vuole trarre il maggiore utile possibile. Ma quando vedo un medico che si fa il banditore di queste mistificazioni e che osa scrivere: « questi fenomeni così strani e così inattesi dovevano ricevere pertanto il controllo della scienza » mi ribello se Egli non mantiene la promessa.

Non basta dire che sono duecentoventi i medici che hanno constatato i fatti, e che scrissero duecentotrenta verbali: non basta porre col Méric in dileggio la scuola della Salpetriére e di Nancy e dire che una terza scuola si oppone a quella, e cioè del Saint-Maclon il cui capo è il Boissarie — Non basta dire che Dio ha il potere d'intervenire negli affari di questo mondo, che produce esso stesso, immediatamente, secondo le leggi sovrane degli effetti soprannaturali, delle guarigioni miracolose quando le crede opportune: ma bisogna provare che così è.

Non conviene, dico, porre in discussione Dio e aggiungere che questo è il mezzo di fare riconoscere agli uomini di buona fede il suo intervento. — Credere in Dio non è quistione di buona fede, ma di fede: credere nel soprannaturale nelle cose tutte che sono regolate da leggi assiomatiche non è più fede, nè buona fede, ma illusione.

E sono in diritto di scrivere così, perchè non è lecito ad un medico il fare credere al miracolo, al soprannaturale, al misterioso, quando se avesse pensato

un poco a ciò che c' insegna la Clinica avrebbe dovuto confessare che questa ci da tutte le spiegazioni che Egli nella sua fede cieca, ed aggiungo buona fede, non ha saputo trovare altro che nel soprannaturale.

Chi non ha visto malati di peritonite tubercolare come la Marie Beuvelot, come l'Esther Druckmann guarire senza operazioni? E non vediamo forse guarire malate di lupus come Maria Lemarchand, magistralmente tratteggiata nella sua indimenticabile descrizione da Emilio Zola? E cito questi casi per non entrare in quel largo campo delle nevrosi, nel quale le vittime sono per nove decimi le donne, ed il medico bene spesso rimane ingannato volontariamente o meno dalla paziente che gli fa perdere la via retta che lo condurrebbe a formulare una diagnosi sicura.

Non è permesso che un medico prostituisca la nostra scienza al punto da scrivere simili spropositi (e dico spropositi, perchè ammetto sempre la buona fede]: « Diecimila malati, è una cifra superiore alla popolazione degli ospedali di Parigi; negli ospedali si constatano circa 3 o 400 decessi al mese; con i nostri diecimila malati noi non abbiamo avuto che venti decessi invece di quattrocento. Che si venga a parlare dopo di questo di fatiche del viaggio, dell'affollamento, delle probabilità di contagio, degli inconvenienti delle ferrovie: malgrado tutti questi inconvenienti e tutti questi pericoli, noi constatiamo dei resultati che tutti i progressi dell' igiene e tutta la scienza dei medici non ponno procurare ai malati ». Dunque Lourdes è una clinica (così la chiama il Boissarie), che ha dei buoni resultati, perchè su 10000 malati in un mese non ne muoiono che venti. — Ma quanti ne guariscono? Novantacinque. — È la cifra che dà il Boissarie, avvertendo che le guarigioni crescono tutti gli anni. Infatti furono 28 nel 1889 e 95 nel 1898. Il Boissarie in questo modo quasi ammette che il clinico abbia acquistata maggiore abilità, e non si accorge che la sola constatazione è una offesa alla Divinità.

Ma le diagnosi sono esse sicure? Si citano i nomi dei medici che diagnosticarono la malattia: ma non vedo fra questi nessuno dei grandi Maestri che la Francia è orgogliosa di avere. Erra invece Chi, in un caso di Male di Pott in una giovinetta alla quale fu fatta la necroscopia essendo morta per un accidente, confonde un sequestro che era aderente al resto della vertebra con lacinie di tessuto fibroso per un pezzo di osso neoformato. — Ma se neoformato perchè non anche saldato alla vertebra, sebbene il miracolo datasse da vario tempo?

« La suggestione, scrive De Giovanni, è un momento psicologico che interviene in ogni istante della vita umana ed è costituito dai seguenti atti od elementi; — il desiderio vivo di guarire di una data sofferenza, — la convinzione profonda che esista il mezzo per ottenere lo scopo; — la impressionabilità somma di fronte a stimoli o ad azioni messe in giuoco, o supposte in giuoco per ottenere lo scopo ».

È questa la chiave del problema.

*
* *

In una Rivista Sintetica dell'anno decorso, e giust'appunto a pag. 780 e 937 fu lungamente parlato della *Chirurgia del Simpatico*, e ripetutamente citato il nome del Jaboulay, il Chirurgo di Lione. Egli ha voluto adesso in un libro raccogliere il frutto della sua esperienza e dei suoi studi su tale argomento, e mi sembra importante dirne qualche cosa.

Le prime indicazioni a tale atto operativo sarebbero il morbo di Basedov, l'epilessia, taluni disturbi della vista, le nevralgie del trigemino. — Ora, dice Jaboulay che a lui appartiene l'applicazione nel gozzo esoftalmico, ai disturbi visivi, alle nevralgie dei nervi bianchi e disturbi funzionali e dolorosi di vari visceri. « Noi abbiamo infatti dimostrato, scrive, che il morbo di Basedow è molto diminuito o guarito per mezzo della paralisi artificiale del simpatico cervicale; gli operati hanno rivelato questo fatto sconosciuto, che la vista migliora

dopo la sezione della parte cervicale di questo nervo, senza disturbi trofici nè perturbamenti dell'occhio fosse questo normale o patologico. — Si vedrà l'importanza dell'intervento sui nervi simpatici viscerali nei disturbi dolorosi e funzionali dei visceri e degli arti, e della medesima categoria della sezione del ganglio superiore del simpatico nella nevralgia del trigemino. — Riferendosi ad una formula terapeutica generale si possono adottare in diversi organi o nervi bianchi dei processi operativi numerosi. A proposito dei resultati tanto variabili che ha dati la sezione del simpatico cervicale ad Alexander nell'epilessia e l'istero-epilessia, si osserva che l'esame dei malati ad una data lontana dall'operazione indica che l'intervento ha certamente reso ad alcuni di questi dei servigi reali ».

In quanto al simpatico addominale e crurale le applicazioni chirurgiche avvennero per visceralgie, nelle nevralgie del bacino e dell'arto inferiore; ma è debito riconoscere che le prime applicazioni appartengono al Ruggi. — Già il Jaboulay accennava a disturbi vaso-motori dopo sezionato il simpatico addominale; e ciò è stato confermato dalle esperienze del Della Vedova, che ha potuto ottenere delle ulceri gastriche sezionando il nervo, in una parola disturbando la funzionalità del nervo. Il Jaboulay però ammetterebbe invece che si producesse un afflusso supplementare di sangue e perciò ricostituzione. — La scuola di Roma invece ammetterebbe lo sfacelo per disturbi trofici.

È un punto importante questo della quistione, e che converrebbe studiarlo e risolverlo. Dico fermamente che interesserebbe non per ciò che riguarda gli effetti di un intervento chirurgico, ma per studiare la patogenesi di alcuni processi morbosi.

*
* *

Uno degli argomenti molto studiati e discussi in questi ultimi tempi è quello delle *varici agli arti inferiori e della loro cura chirurgica*. È per questo che molto opportuna è la recente pubblicazione del Dott. Ch. Remy, Agrège alla Facoltà di Parigi.

Il quesito è molto complesso e si connette con quello delle cause e della patogenesi: è da questi due elementi che ne deriva quello del mezzo migliore di terapia.

A proposito delle cause il Bennett aveva divise le varici in congenite; in quelle dovute ad un ostacolo alla circolazione sanguigna, in quelle causate da sforzi; e per ultimo in quelle da trombosi. Ma il Remy ha creduto di dovere semplicizzare la divisione, riconoscendone due classi, e cioè, le risultanti di una malformazione od insufficienza congenita od infermità senile o diatesica degli elementi costituenti la vena ed il suo sistema nervoso: sarebbero queste le varici da debolezza. L'altra classe è quella nella quale sono comprese le varici da compressioni esterne al vaso per tumori o cicatrici; traumi degli arti inferiori, rotture valvolari e ferite che producono una comunicazione anormale tra le vene e le arterie ed infine le flebiti infettive o diatesiche: sono le varici di forza.

In quanto poi alla patogenesi, come dice il Remy, la causa può essere all'inizio differente, ma il resultato è lo stesso e le conseguenze sono invariabili. I casi che si possono presentare, scrive, sono tre. Talora sono le valvole che mancano in conseguenza delle rotture e delle deformità congenite o per i progressi dell'età, il corso retrogrado del sangue si stabilisce di un tratto, poi vengono le lesioni della parete e l'invasione delle parti vicine. — Talora è la parete venosa che diventa incapace di funzionare, i tessuti elastici e muscolari essendo di cattiva qualità, il vaso si lascia dilatare e quando è disteso al massimo le sue valvole dilatate non possono toccarsi per i loro margini, si produce un'insufficienza valvolare ed il corso retrogrado del sangue si stabilisce. Talora, infine, si producono simultaneamente delle lesioni delle pareti e delle valvole, per esempio nelle flebiti, ed il corso del sangue è inceppato nel tempo stesso

per l' indurimento delle sue valvole e per l' insufficenza d'azione dei muscoli lisci. — In tutti i casi sopravviene sempre il medesimo disturbo circolatorio definitivo. — L'altezza della colonna che preme normalmente sulle pareti venose potrà solo variare e servire a dosare in qualche modo l'attività nell'evoluzione delle lesioni consecutive a questo riflesso sanguigno, ma le lesioni si presenteranno nell' ordine che è noto. In conseguenza dell' ipertrofia compensatrice sopraggiungerà una miosite interstiziale; poi vi sarà dilatazione dei vasa-vasorum, ed in fine infiammazione peri-capillare.

Le forme cliniche conosciute sono varie, e cioè: 1.° la circoscritta, nella quale non esiste spesso che lesione di sclerosi con dilatazione capillare; 2.° la cianosi varicosa, nella quale si hanno le varici delle vene, venuzze e capillari, in cui la sclerosi venosa è al suo massimo e nello strato medio non rimangono più che alcune fibre muscolari liscie; 3.° la forma cardiaca, per la quale il Trendelenburg fece le sue importantissime esperienze, che è caratterizzata dalla insufficienza di tutte le valvole situate tra le varici ed il cuore, e non si trovano lesioni istologiche, ma si può presupporre una distribuzione anormale delle valvole principalmente nella parte crurale; 4.° la forma di varici profonde descritta dal Verneuil; 5.° la cosidetta sciatica varicosa descritta da Quenu, dovuta alle varici che circondano lo sciatico.

Ora tutto questo conduce ad ammettere che la cura chirurgica dev' essere eseguita all' inizio del processo morboso, senza attendere le complicanze, perchè allora il resultato sarà peggiore. — Ed il metodo curativo migliore? Il Remy scrive, ed io mi accordo oramai con lui, che la resezione di una grandissima posizione delle vene della gamba e della coscia, la resezione anche del tronco della safena interna sino al triangolo di Scarpa non producono alcun disturbo di circolazione dell'arto. — Il processo del Moreschi è utilissimo, ma bisogna essere guardinghi e scegliere i casi.

*
* *

Il Vignolo Quinzio, nel volume offerto dagli ammiratori a quel simpatico e bell'ingegno del Prof. Luciani in occasione del suo 25.° anno d' Insegnamento pubblicava un contributo alla *fisiopatologia delle varici degli arti inferiori*. L'argomento è importante e di attualità e mi piace di riportare queste conclusioni che trascrivo testualmente: « Le varici ad alta tensione costituiscono una classe di varici della più alta importanza, perchè, oltre pervertire la circolazione venosa dell'arto leso, inducono sulla circolazione arteriosa locale e generale delle modificazioni tanto più rilevanti, quanto più è inoltrato il processo varicoso. Le modificazioni circolatorie, che per varici ad alta tensione si constatano nel corrispondente territorio arterioso, si possono riassumere: in un aumento dell'elemento costante, in una diminuzione dell' elemento variabile della pressione arteriosa, qualunque sia la posizione dell'infermo o il suo stato di attività. Ciò fa sì che le arterie dell' arto varicoso si trovano in uno stato di iperdistensione permanente, per la quale l'escursione pulsatile e dell'arteria è minore di quella che dovrebbe essere in condizioni normali. Per l' aumento della pressione arteriosa del sistema e la diminuita dilatabilità delle arterie ne consegue che la velocità e la quantità di sangue che ad ogni sistole cardiaca viene spinta in esse, è pure diminuita, con non poco danno sul ricambio materiale dell' arto leso. Le modificazioni locali della pressione a lor volta ne inducono sulla pressione generale, la quale si fa maggiore, per cui ne risulta un lavoro maggiore da parte del cuore: ciò che è anche indirettamente dimostrato dalla diminuzione che la pressione generale subisce, quando sono tolti o per lo meno diminuiti in gran parte i dannosi effetti idraulici cagionati alla circolazione dell' arto dalle varici ad alta tensione, mediante opportuno trattamento chirurgico ».

*
* *

Oggidì si discute molto sulla *cura del male di Pott* dopo che il miraggio che aveva fatto intravedere il Calot è scomparso. Si torna ai metodi antichi, del riposo, degli apparecchi: la dolcezza e non la violenza. E quello che cerca dimostrare il Lacroix col suo apparecchio a decubito dorsale sul piano orizzontale, in quanto estendendo la spina dorsale su di una superficie sinuosa, appropriata, che circonda semplicemente la curva degli archi non interessati, ma disposta in modo che questa superficie possa presentare la possibilità di modificare il raggio della curva in corrispondenza dell'arco e delle vertebre interessate. Su questa superficie, i corpi vertebrali interessati appartenenti sia all'arco cervicale, sia all'arco lombare potranno essere posti in iperestensione. Questo ultimo punto ha un'importanza capitale dal punto di vista dell'ulcerazione compressiva. Ora nell'apparecchio del Lacroix è questa compressione che viene evitata.

*
* *

Il Dottore Holberg Americano pubblicava in questi giorni nei periodici una nota avvertendo che a lui si inviasse il maggiore numero di lucertole possibile, in quanto credeva in queste esservi il *rimedio contro il cancro.* Un certo Demetrio Lorenzini però subito avverte come una tale scoperta, come abbiamo dalla storia. risale fino ai tempi di Plinio, che preferiva la lucertola verde ossia il ramarro. Poi aggiunge:

« Le varie e numerose applicazioni terapeutiche delle lucertole di cui parlano Galeno, Dioscoride, Sammonico, Avicenna, Celso, Aldrovandi, Marcello Empirico, I. I. Weker, ecc. erano già cadute in oblio, quando in occasione delle cure meravigliose operate dall'*Anolide di terra* della Nuova Spagna (animale confuso colle nostre lucertole secondo Cuvier) e pubblicate nel 1782 dal medico americano don Giuseppe Florez, nuovi sperimenti tentaronsi a Ginevra, specialmente in Italia ed anche in Alemagna, in Inghilterra ed in Francia, nei casi di *cancro*, di lebbra, di elefantiasi, di empetigini, di sifilide, di ulceri fagedeniche, di atrofia, ecc. Moltissime guarigioni sembrarono da principio risultarne, e molti fatti pubblicaronsi circostanziatamente nei giornali e s'inserirono in varie opere *ex professo;* uomini di merito pretesero finalmente aver ottenuto da questo rimedio effetti straordinari anche nel cancro esulcerato dell'utero e delle mammelle. Tuttavia l'entusiasmo che quest'unione di elogi aveva fatto nascere, non tardò ad indebolirsi; le non riuscite furono proclamate; l'arma del ridicolo venne invocata, e l'uso terapeutico delle lucertole cadde nuovamente in profondo discredito, quantunque forse non abbastanza giusto. (Merat e De Lens, Dizionario di materia medica).

Valgano queste poche righe a dimostrare l'importanza di certe novità americane, e la veracità della nota sentenza di Orazio:

Multa renascentur, quae jam cecidere, cadentque
Quae nunc sunt in honore.... si volet usus ».

Ora avrà torto il Dott. Holberg, ma si lasci che pubblichi il suo lavoro e non avanziamo, *more solito*, delle critiche aprioristiche, con il solo scopo di distruggere. E' tanto facile demolire: tanto difficile il creare!

*
* *

Il problema della *splenectomia* è dei più importanti e l'ha studiato sperimentalmente il Prof. Baldassarre Salvatore molto bene in rapporto all'influenza sull'attività di alcune funzioni e sullo sviluppo di taluni organi. Egli ha potuto trovare che l'estirpazione della milza determina una forte depressione nelle facoltà genetiche; i discendenti hanno in piccola parte milza atrofica; non esercita influenza ben netta sull'accrescimento ponderale del corpo, sull'appetito, sulla resistenza all'inanizione assoluta. Trovò nelle pecore minore produzione

della lana; maggiore proporzione di siero col sangue arterioso e venoso. In quanto al peso degli organi constatò diminuito quello del sangue; aumento del timo, delle tiroidi, delle glandole meseraiche; arresti di sviluppo del fegato, aumento del grasso, del midollo delle ossa, e delle ossa stesse, le quali si verificano con diminuzione di peso nei discendenti. La milza non si riproduce.

*
* *

Ed ora, per finire, cito un volumetto che fa parte della piccola biblioteca Medica edita dal Baillière e che scritto dal Dottore O' Followell porta per titolo la *bicicletta e gli organi genitali.*

Fautore del ciclismo come il Lucas-Championnière, che presenta il libro con una prefazione, ha studiato accuratamente il problema, e dopo avere raccomandata una buona forma di sella ci dice che l'azione della bicicletta sugli organi del piccolo bacino è variabile; è cioè congestionante se la sella è cattiva e ci si sta sopra male; ma è invece decongestionante se sella, posizione ed esercizio sono normali. Quindi conviene agli uomini portare il sospensorio, ed alle donne non andarvi durante la mestruazione e gravidanza; moderarne l' esercizio se ci sono congestioni uterine, e continuarlo con regolarità se vi è dismenorrea in qualsiasi forma; sospenderlo se vi è febbre, dolori, emorragia, spostamenti, sterilità. Non vi sono controindicazioni dopo atti operativi, a guarigione avvenuta.

Mi pare che si possa ridurre il tutto a questa formula: posizione comoda, non compressione sul perineo, non esercizio smodato.

*
* *

Queste mie parole saranno lette al sorgere del nuovo anno, del nuovo secolo. Portino ai lettori di questo giornale i miei auguri, ai Colleghi Italiani tutti, che con me combattono le battaglie della Scienza e della Chirurgia, l'augurio che spetti all'Italia nostra il vanto nel nuovo secolo delle maggiori conquiste, dei più grandi trionfi.

Parma, 30 Novembre 1900.

ANDREA CECCHERELLI.

RIVISTA SINTETICA

LA PATOGENESI DEL DOLORE PULSANTE

Da pochi giorni ha veduto la luce una nota del Ruffini, in cui vengono riferiti i risultati di alcune ricerche sulla pelle col metodo della impregnazione metallica al cloruro d'oro nel polpastrello dell'uomo.

Le particolarità di struttura messe in rilievo sulla vascolarizzazione degli elementi nervosi della cute sono così nuove e così originali, che io non posso dispensarmi dal riferirne brevemente sembrandomi esse di non lieve importanza per la patologia chirurgica.

Per rispetto ai tronchicini nervosi il Ruffini ha trovato « che esiste una rete capillare continua all'intorno dei tronchi e tronchicini nervosi della cute e che tale rete li circonda e li abbraccia a guisa di un astuccio », che egli denomina « astuccio capillare perifascicolare ».

Per rispetto ai corpuscoli di Pacini ha trovato che la loro vascolarizzazione è molto « più complessa ed abbondante di quello che si era creduto fino ad oggi ». Per ogni corpuscolo le arterie in numero di due, tre o più penetrano nell'interno per lo più per i poli; le vene fuoriescono per qualunque punto della periferia del corpuscolo e sono numerosissime. Attorno attorno alla capsula esterna vediamo un vero reticolo, alla cui formazione prendono parte arterie e vene; il reticolo è tale che « reca una vera sorpresa osservare per la prima volta un corpuscolo del Pacini così abbondantemente fornito di vasi sanguigni ». E la sorpresa è così giustificata, che si è ripetuta in me tutte le volte (e non sono poche), che ho avuto la fortuna di osservare i preparati del Ruffini, poichè per le conoscenze nostre era impossibile immaginarsi tanta dovizia di vascolarizzazione.

I vasi poscia penetrati entro il corpuscolo formano sulle capsule periferiche una rete, da cui partono rami « che dopo un decorso più o meno lungo e tortuoso vanno a formare una serie di anse vascolari su queste medesime capsule e su quelle più interne del corpuscolo ». Anse e rete sono aderentissime alla superficie delle capsule.

È questo il sunto (fatto in gran parte con parole del Ruffini) di quella porzione del lavoro che c'interessa, di quella porzione che mette in chiaro conoscenze nuove sulla vascolarizzazione dei corpuscoli paciniani e tronchi nervosi, le quali portano larga luce alla patogenesi del dolore pulsante, la cui spiegazione non era fino ad oggi troppo soddisfacente.

Ognuno sa come il dolore assume nella flogosi caratteristiche differenti a seconda che si tratta di flogosi subacuta o cronica, oppure di flogosi acuta, ed anche a seconda della sede e del grado di estensione del processo. È pulsativo nelle flogosi acute circoscritte ed in speciale modo nelle flogosi acute circoscritte del polpastrello delle dita, in cui il dolore è sempre pulsante per quanto lieve e limitato sia il processo flogistico; del che ci viene offerto chiaro esempio dal cosidetto patereccio.

Dicono gli autori che « il dolore è causato dagli stiramenti, dalla compressione e dagli stimoli che l'infiammazione e i prodotti che ne derivano esercitano sopra i filamenti nervosi sensibili » (Durante): E va benissimo. Ma perchè in certi casi assume il carattere di pulsativo, come avviene, ad esempio, *fino dal primo suo inizio* nel patereccio sia esso superficiale che profondo?

A questa domanda sembrami rispondano splendidamente i risultati delle ricerche del Ruffini, poichè basta vedere una sola volta la vascolarizzazione di un tronco nervoso e di un corpuscolo preparata al cloruro d'oro, perchè baleni alla mente la ragione vera del dolore pulsante, consistente appunto nella grossezza di calibro e nel grande numero di vasi e nella loro disposizione.

Si sa che il primo dei fatti flogistici è il maggiore accumulo di sangue nella rete vascolare del territorio infiammato e quindi anche nei vasi dei tronchi e ocrpuscoli; vasi i quali lasceranno passare l' onda proveniente dal cuore e trasmetteranno l'urto della pulsazione ai tronchi e corpuscoli stessi, con cui trovansi in intimo rapporto.

Sappiamo pure (e ce lo dice la fisiologia) che ogni nervo è irritabile, « risente cioè gli effetti degli stimoli che su di essi vengono applicati. Questi possono agire attivamente in ogni punto del nervo ». Infine è noto che gli stimoli meccanici sono efficaci, quando con una certa rapidità producono un cambiamento di forma delle particelle nervose, come p. e. un colpo, una pressione, un taglio, una puntura, una trazione, uno schiacciamento; e che i nervi sensibili reagiscono col dolore (Landois).

Ne consegue che, quando per opera della sistole cardiaca una certa quantità di sangue viene spinta ritmicamente e senza interruzione nei grossi ed abbondanti vasi dei corpuscoli e tronchi, questi saranno irritati di continuo dalla pressione esercitata dall'onda circolante e reagiranno allo stimolo per mezzo del dolore, il quale naturalmente acquisterà quel carattere di ritmicità che è proprio dello stimolo e diverrà pulsativo.

Questo del resto non è una novità. Anche il Cohnheim l'aveva intuito, tanto vero che a proposito del dolore come fenomeno flogistico diceva: « Derivando, come già fu detto, dallo stiramento e dalla pressione che i vasi colmi e in specie l' essudato fanno sui nervi sensitivi della regione infiammata, il suo grado dipenderà: 1.° dalla ricchezza dei nervi sensitivi della parte affetta; 2.° dalla distensibilità dell'organo, cioè dal trovarsi l'essudato sotto una forte pressione; 3.° naturalmente dalla quantità dell'essudato. Negli organi poveri di nervi sensitivi, come i reni e molte mucose, le più gravi infiammazioni possono decorrere quasi senza dolore; laddove nelle infiammazioni di sierose ricchissime di nervi sensitivi il dolore suole giungere a un grado altissimo. D'altra parte dolgono al maggior segno i flemmoni sottoaponevrotici e ciascuno di Voi saprà per esperienza quali tormenti genera l'infiammazione al di sotto di un'unghia. Spesso per altro i dolori s'irradiano lungo il decorso dei nervi sensitivi anche su altri rami. Il carattere del dolore può essere molto diverso: nel maggior numero dei casi, massime nelle parti tese, è distintamente *pulsativo*, *sincrono col polso*, *perchè ogni onda di sangue aumenta di necessità la pressione sui nervi* ».

Tutto ciò diceva il Cohnheim e dalle sue parole risulta che egli aveva chiaramente intuita la causa vera del dolore pulsativo.

Si trattava però solo di ipotesi e solo oggi per merito delle ricerche del Ruffini noi siamo riusciti ad avere fra mano la dimostrazione scientifica della patogenesi di questa specie di dolore, che trovasi adunque in intimo rapporto causale col diametro, col numero e colla disposizione anatomica dei vasi destinati alla nutrizione degli elementi nervosi.

Novembre, 1900.

Dott. U. A. Betti.

OPERE CONSULTATE.

Ruffini. — *Contributo allo studio della vascolarizzazione, ecc.* Monit. Zool. Ital., anno XI, N. 3, e anno XI N. 9, Firenze, 1900.
Durante. — *Trattato di patologia e terapia chirurgica.* Vol. I. pun. I. Roma, 1895.
Koenig. — *Trattato di chirurgia generale.* Vallardi, Milano.
Tillmanns. — *Trattato di patologia e terapia chirurgica.* Vol. I. Vallardi, Milano.
Cohnheim. — *Lezioni di patologia generale.* Vol. I. Napoli, 1834.
Landois. — *Trattato di fisiologia dell'uomo.* Parte Seconda, Vallardi, Milano.
Albertoni e **Stefani.** — *Manuale di fisiologia dell'uomo.* Vallardi, Milano.

VII. Congresso Italiano di Ostetricia e Ginecologia [1]

Napoli, 20-23 Ottobre 1900.

Per la cura del prolasso utero-vaginale.

MANGIAGALLI. — Esordisce dicendo che pur avendo curato negli ultimi dieci anni un numero grande di prolassi utero-vaginali, ebbe solo a praticare 27 volte la isterectomia associata alla colporrafia, per la cura di tale affezione.

Nega buona parte di valore etiologico da alcuni ammesso nella produzione del prolasso all'aumentata pressione addominale ed alla lacerazione del perineo, e crede che si debba riguardare come determinante di primo ordine la debolezza, il rilasciamento e l'atrofia del connettivo pelvico in tutte le sue varietà.

L'O. opina che il prolasso utero-vaginale non sia che una parte di una condizione generale di cose, di un quadro clinico nel quale domina la debolezza, la flaccidità della muscolatura, la denutrizione generale, l'accumulo soverchio o la scarsità del pannicolo adiposo sottocutaneo, il rilasciamento delle pareti addominali, la varicosità, la nefroptosi, l'allungamento degli attacchi mesenterici, ecc. Basandosi quindi su tali concetti, sostiene che alla cura chirurgica conviene far seguire una buona cura medica del prolasso e delle condizioni morbose che lo accompagnano.

Opina che nessuna operazione può riuscire efficace per la cura chirurgica del prolasso se non modifica profondamente le condizioni del canale vaginale. Per tale ragione l'isterectomia deve essere associata ad una estesa colpectomia affinchè l'azione terapeutica sua sia veramente efficace. Per la stessa ragione hanno scarsa efficacia gli interventi addominali quando si tratti di prolassi completi, quando non sieno associati ad operazioni di plastica vaginale.

A queste operazioni gioverà associare adunque l'isterectomia quando essa è indicata da complicanze concomitanti all'infuori del prolasso, come in otto casi dell'A. (utero prolassato, fibromatoso o carcinomatoso od irriducibile, o associato a cisti ovarica, ad idrosalpinge, a fatti settici o a tubercolosi peritoneale) o quando è indicata da condizioni peculiari stesse del prolasso, come in 19 casi dell'A. (enorme volume dell'utero, vaste ulcerazioni del collo, ecc).

L'O. messo in chiara luce il concetto che l'asportazione dell'utero debba esser associata alle operazioni plastiche vaginali sol quando l'età della donna inadatta al concepimento lo permetta e lo indichino complicazioni neoplastiche maligne, considera la questione della colpoisterectomia dal punto di vista tecnico. Se le condizioni generali della paziente lo permettono, nella stessa seduta si possono praticare l'isterectomia e la colpectomia, che debbono esser praticate in tempi diversi nelle donne deboli per varie ragioni.

Illustra la tecnica seguita presentando quattro uteri asportati con lembi vaginali triangolari secondo il metodo seguito per il primo da *Fritsch*. Ricorda tutte le colpoisterectomie pubblicate dopo quella di *Fritsch*, non dimenticando il *Codivilla*, per le modificazioni da lui apportate alle incisioni vaginali, alla sutura della mucosa. Descrive il vario trattamento secondo i vari operatori, della mucosa vaginale rimasta dopo la resezione dei legamenti larghi. Dà conto infine della tecnica da lui seguita nella resezione vaginale. Nei primi casi si attenne alle norme di *Fritsch* (lembi triangolari coll'apice al meato urinario, alla commessura posteriore) in seguito rese trapezoide il lembo posteriore triangolare di Fritsch, col piccolo lato al collo ed il grande all'orificio vulvare. Rispetto agli altri punti della tecnica egli dimostra buono il metodo da lui seguito, suturando il peritoneo anteriore e posteriore, rispettivamente alla mucosa anteriore-posteriore, e suturando i legamenti larghi al di sopra dei lacci che li strigono alla mucosa. Ha potuto osservare le sue operate di cinque anni fa, e non può che dichiararsi soddisfatto degli esiti remoti constatati.

PASQUALI — L'O descrive il metodo di *Baldy* applicato ad un caso, nel quale in un secondo tempo si dovè ricorrere al sussidio delle operazioni plastiche vaginali. Riconosce però nel perineo un valido sostegno della vagina e però insieme alle plastiche vaginali suole associare la operazione di *Lawson-Tait*.

CHIARLEONI. — Non approva la isterectomia nella cura del prolasso genitale che nelle complicanze neoplastiche dell'utero prolassato. Tratta quest'infermità colle plastiche vaginali per le quali egli adotta una tecnica sua che ha dati buoni risultati in più di 50 casi, e che consiste in colporrafie anteriore e posteriore, superiore triangolari con la base al collo, l'amputazione di questo e la colpo-perineorrafia alla Hegar.

MANGIAGALLI. — Crede utile associare alle operazioni vaginali la isterectomia nelle donne oltre la menopausa con sviluppo enorme dell'utero, nelle quali il Chiarleoni preferisce l'amputazione alta talora più pericolosa della completa asportazione dell'utero.

CARUSO. — Ebbe a comunicare fino dal 1896 alla Società un caso di prolasso genitale curato colla colporrafia anteriore e posteriore con lembi triangolari con la base al collo. Altri casi simili pubblicò nel 1899. Usa praticare la resezione vaginale a tutto spessore sull'esempio di *Doleris*.

(1) È reso conto solo degli argomenti principali della parte Ginecologica. La Direzione.

Isteroptosi vaginale senza sutura.

MAROCCO. — Dà comunicazione di un proprio metodo d'isteroptosi vaginale, che a mezzo della pinzetta fissatrice utero-vaginale, permette di ridurre al minimo la tecnica del raddrizzamento dell'utero retroflesso — verso, mobile o reso tale. — Spiega come questo nuovo metodo ha per iscopo di fissare l'utero senza sutura per poi raggiungere gradatamente la statica primitiva degli organi della pelvi, correggendo gli effetti delle versioni e flessioni

Intorno alla tecnica da seguirsi, l'O. espone quanto segue:

Si pratica dopo detersione chirurgica accurata e gli sbrigliamenti necessari nonchè la ripulitura della cavità uterina, una incisione anterio-mediana fornico-vaginale dall'avanti all'indietro a tutto spessore vaginale; attraverso a questa distrae in alto la vescica e vi porta a ridosso la parete anteriore dell'utero, ridotto in leggera antiflessione.

A seconda della lunghezza e del peso dell'organo, interamente sottratto al giuoco vescicale, applica ad altezza varia la sua pinza nel cui segmento anteriore viene a trovarsi la parete anteriore dell'utero addossata ai grossi margini della incisione vaginale. Di tali pinze se ne possono applicare due o più a seconda dei casi.

Avvicinati accuratamente i margini dell'incisione e fatto giuocare l'anello fissatore sulla parte a controllo di una opportuna ed esatta presa, si zaffa sopra e sotto la pinza con striscie di garza sterilizzata, facendo attenzione che la pinza si adagi, senza punto stirare il segmento vagino-utero-vaginale. La pinza può restare in sito 8 giorni mentre lo zaffo si muta dalla 2.ª alla 3.ª giornata.

Qualora lo stato dell'organo non imponga estesi sbrigliamenti, non è nemmeno necessario di cloroformizzare la paziente. L'utero addossato alla breccia della vagina anteriore, vi aderisce; l'incisione cicatrizza con rapidità e vengono meno subito tutti i fenomeni di stasi e di irradiazione riflessa. Non ebbe l'O. mai ad avvertire postumi operatori degni di menzione.

Per la cura chirurgica degli spostamenti posteriori dell'utero.

FERRARI — Comunica a mezzo del dott, *Miranda* cinque casi di retroversione irriducibile trattati col metodo dell'A. che, persuaso col *Ruggi*, il *Freund*, ecc., che massimo momento predisponente agli spostamenti posteriori ed al prolasso uterino, sia il piano a declivio rappresentato dallo spazio del *Douglas* ed il prolasso della vagina, pensò di ottenere la fissazione dell'utero senza sutura aprendo il *Douglas*, staccando attraverso di questo le aderenze che possono trattenere utero ed annessi indietro, portando poi l'utero in forzata antiversione e zaffando il Douglas alla Mikulicz e la vagina fortemente con garza jodoformica in modo da spingere in alto ed indietro nella direzione del promontorio il collo uterino, nei giorni seguenti tenendo la vescica vuota con catetere a permanenza.

Tale metodo diede all'A. buoni risultati, degno di nota tra gli altri un caso di successiva gravidanza e parto assolutamente regolari.

Per la tecnica delle annessiectomie unilaterali.

TRUZZI. — Per aumentare le probabilità di guarigione definitiva delle pazienti sottoposte alla annessiectomia unilaterale, crede che convenga assolutamente bandire l'impiego delle legature in massa ed a catena; far precedere nella stessa seduta il raschiamento uterino; e ricorrere nella laparotomia nei casi ordinari alla sezione cruenta, senza legatura preventiva del legamento largo, alla legatura isolata dei vasi, suturando i margini della ferita alla *Lembert* ed escidendo e suturando con due lembi d'ineguale estensione la porzione istmica del corno uterino corrispondente.

Nei casi di piovario o di piosalpinge a contenuto tuttora presumibilmente virulento, gioverà rievocare la pratica di *Baker-Brown* e di *Heith* escidendo gli annessi col cauterio coll'aggiunta però della legatura isolata dei vasi.

Resta infine a sperimentare nei casi di tenaci e pericolose aderenze viscerali il metodo dell'enucleazione della salpinge e dell'ilo ovarico dal loro rivestimento peritoneale e la sutura consecutiva alla *Lembert* sulla parte residuale del legamento largo; intorno al quale processo l'A. domanda di conoscere i risultati dell'esperienza dei colleghi.

MANGIAGALLI. — Crede che la ragione principale per cui le annessiectomie unilaterali dànno risultati remoti meno buoni di quelli bilaterali si debba ricercare nel fatto che l'annesso rimasto può esser più malato e si ammali in seguito della stessa infezione di quello tolto. Per la tecnica crede che non si possano bandire per sistema la legatura in massa. Nell'enucleamento degli annessi crede miglior partito cominciare dal corno uterino piuttosto che dall'infundibolo pelvico.

PESTALOZZA. — Conosce per propria esperienza solo il primo di tre metodi enumerati dal *Truzzi*, cioè quello della resezione sistematica della porzione interstiziale della tromba in tutti quei casi di annessiectomia da processo inflammatorio.

TRUZZI. — Attribuisce la causa delle sofferenze postume di molte operate di annesiectomia alla inesattezza della tecnica seguita, specie in quei casi in cui le pazienti si lagnano di sofferenze nel lato stesso nel quale furono operate.

Sulla Elitrotomia iuxtaoervicale.

Dott. MAZZUCCHI. — Riferisce di 37 casi operati con l'elitrotomia per dare esito a raccolte periuterine sierose ematiche o purulente. Crede l'O che questa operazione sia indicata quando con un esame combinato si raggiunga dalla vagina la raccolta che si deve votare L'O. fa una analisi accurata di questa indicazione.

Azione dei Genitali femminei negli Avvelenamenti.

Dott. Bidone (Bologna). — Si limita a registrare in questa 1.ª nota le ricerche che del suo studio riuscirono già complete ed esaurienti. Ha sperimentato sulle coniglie per l'avvelenamento per morfina. Dà un quadro riassuntivo dei resultati ottenuti, che sono i seguenti: Per uccidere 1 kg. di coniglia *sana* occorrono 1560 c.c di soluzione fisiologica di *cloruro di sodio*, oppure 233 c.c di *acqua distillata* esperimentando su sei coniglie di 3 mesi. Tre coniglie di 10 mesi d'età *laparotomizzate* da 5 mesi morirono con 60 c.c di *soluzione di morfina* (1 su 500), ed altre tre, sorelle delle precedenti, da 5 mesi *laparotomizzate* e *private degli organi genitali interni* morirono con 124 c.c della *stessa soluzione di morfina* Quattro coniglie dell'età di 3 mesi *solo laparotomizzate* morirono con 119 c.c della *solita soluzione di morfina;* quattro altre isterectomizzate morirono con 120 c.c della stessa soluzione di morfina.

Sulla dilatazione permanente ed incruenta dell'orificio esterno ed interno dell'utero.

D'Alessandro Antonio. — Passa in rivista tutti i mezzi che la Ginecologia (che egli preferisce chiamare Ginecojatria) possiede per ottenere la dilatazione del canal cervicale stenosato. Descrive quindi il dilatatore di sua invenzione formato da due aste lineari che si allontanano per fare la dilatazione per mezzo di una vite che s'intromette fra di esse e che funziona come la vite nell'apribocca ben noto di *Heister*. Il dilatatore permette il lavaggio della cavità uterina. L'A. ha anche modificato l'isterometro che ha costruito per modo che le dimensioni della cavità uterina possono leggersi nella porzione dell'istrumento che é fuori della vulva.

L'A. termina la sua comunicazione descrivendo il modo di applicazione del suo dilatatore e ricordando il giudizio che su di esso fu dato da non pochi maestri delle discipline ostetriche-ginecologiche.

Considerazioni sulla Terapia Chirurgica delle Retrodeviazioni dell'utero e proposta di un nuovo processo operativo.

Dott. Caturani. — Dopo vagliati i molteplici processi addominali e vaginali per la cura delle retrodeviazioni uterine descrive il processo che egli propone e che consiste nella fissazione vaginale dei legamenti rotondi, previamente isolati per un certo tratto dai legamenti larghi.

La tolleranza d'interventi operatori per la cura del prolasso uterino nel periodo d'inoltrata senilità.

Dott. Lastavia (Lucera). — Operò due vecchie di 70 anni l'una, di 77 l'altra, la prima anche con complicazioni cardiache, per la cura di avanzato prolasso dimostrando la possibilità di efficaci interventi anche in questi casi per solito trattati con cure solo palliative.

Sulla tecnica operativa del prolasso genitale secondo il metodo « Spinelli » e risultati remoti.

Dott. Prinzivalle. — Descrive il *processo* che è il seguente: 1.° tempo: *Colpectomia anteriore* quadrangolare estesa dal collo uterino all'ostio vulvare, comprendente tutta la parete vaginale anteriore. 2.° tempo: *Celiotomia* anteriore; *stiramento* in basso della lamina peritoneale anteriore per ricoprire la superficie lasciata dalla colpectomia e *sutura* provvisoria del *peritoneo al margine vulvare* ant.,: *sterilizzazione* della donna (se atta a concepire) col metodo *Rose: raccorciamento* dei ligamenti rotondi alla *Wertheim* o *vagino-fissazione uterina* alla *Duhrssen* nelle retrodeviazioni; isterectomia cervicale cuneiforme verticale se v'ha allungamento ipertrofico del collo. 3.° tempo: Resezione del « *Douglas* » con taglio trasversale, se è prolassato anche il sacco utero-rettale; colpectomia totale posteriore quadrangolare con lato più corto corrispondente al collo e lato vulvare semilunare. 4.° tempo: Ricostruzione del canale vaginale mediante la riunione dei margini anteriori e posteriori delle due fascie laterali vaginali, dopo però aver riformato il sacco peritoneale vescico-uterino colla lamina peritoneale anteriore preparata nel 2.° tempo opportunamente resecata dopo aver tolto i punti provvisori, che la fissavano alla superficie vaginale anteriore.

L'A. confronta questo processo con quelli di *Caruso* e di *Chiarleoni*, riassume in un quadro sinottico 20 osservazioni di operazioni praticate con il processo descritto, nel quale si dimostra che il risultato terapeutico completo si è avuto 17 volte.

Candia (Napoli). — Non accetta le conclusioni dell'A e respinge energicamente il processo descritto sotto il nome del Dott. *Spinelli* per la cura radicale del prolasso utero-vaginale e si appoggia sulle seguenti ragioni:

1.° L'operazione descritta ha una gravità non necessaria.

2.° L'asportazione così ampia della vagina rende impossibile la funzione di quest'organo. La sutura vaginale descritta non può riuscire nè agevole nè completa.

3.° Il nuovo processo è inutile in confronto agli innocui, diffusi, sperimentati processi di plastica seguiti sempre da ottimi risultati.

Mangiagalli. — Crede che per giudicare il processo descritto non bastino i 2 anni

passati, da che fu esperimentato, ed aggiunge: « M'ha colpito una frase nella comunica-
» zione del Dott. *Prinzivalle*, questa: *se la donna è giovane bisogna aggiungere la ca-*
» *strazione. È contro tale affermazione che sento il dovere di insorgere.* Quando la
» donna è giovane, nel periodo dell'attività riproduttrice, il chirurgo, chiunque esso sia,
» qualunque sia la sua abilità, deve inspirarsi al principio opposto, conservare nella donna
» affidata alle sue cure la facoltà riproduttrice ».

SPINELLI (Napoli). — Autore del processo descritto dal Dott. *Prinzivalle* si contenta di poter constatare che con la sua tecnica la guarigione del prolasso fu ottenuta realmente. La sterilizzazione della donna nel suo processo è necessaria, avutane la debita autorizzazione, ad evitare la grave distocia che per la larga resezione vaginale seguirebbe in caso di un parto successivo. Giova notare però che il prolasso raramente accade nelle giovani donne. In queste l'O. domanda al prof. *Mangiagalli* come egli si comporterebbe ad evitare la recidiva del prolasso.

Pestalozza, si unisce al prof. *Mangiagalli* nella severa protesta contro qualunque tecnica operatoria con la quale si tolga ad una donna giovane la sua facoltà riproduttrice. Nessuna autorizzazione può valere per una castrazione non necessaria. Solo alla coscienza dell'operatore sta di stabilire l'assoluta necessità dell'indicazione.

MANGIAGALLI. — Risponde alla domanda del socio *Spinelli*, chiedente *che cosa egli farebbe in caso di prolasso utero-vaginale in donna giovane*. Egli dichiara che si atterrebbe ai numerosi processi plastici di colpoperineoplastica conservando la facoltà riproduttrice. Le lacerazioni che possono seguire nei parti successivi di donne così operate possono ben essere riparate dall'ostetrico Le riproduzioni del prolasso trovano la loro cura in nuove operazioni plastiche.

L'Inversione Uterina.

Prof. COSENTINO (Catania). — Nota la rarità di questa complicazione del parto e la sua più frequente dipendenza da interventi imprudenti ed intempestivi per ottenere il secondamento (statistica del *Crosse*, 350 volte su 450 casi).

Le condizioni fondamentali per la inversione puerperale sono la rilassatezza delle pareti e la presenza d'un reale spazio vuoto uterino conseguenze dirette dell'inerzia uterina. Date tali condizioni l'inversione può avvenire o per aumentata pressione addominale (manovra di *Credè*) o per anormali tiramenti placentali dal basso, o senza alcuno sforzo della partoriente e senza intervento dell'arte.

L'inversione *non puerperale* è la conseguenza dell'espulsione di un tumore intrauterino, il quale trae col picciuolo il fondo della matrice per solito atrofico-degenerato come in 22 casi ha dimostrato il nostro *Scanzoni*. In questo concetto l'A. si sofferma ravvicinando per l'etiologia le due forme d'inversione in e fuori puerperio, ambedue legate ad un rilasciamento del muscolo, il quale fatto è stato riconosciuto nell'uguale processo d'invaginamento intestinale.

Nota l'A i casi d'inversione uterina oltre l'età climaterica e quelli post-mortem, i quali non possono esser messi in relazione con contrattilità uterina che non esiste, ma solo con un improvviso, rapido aumento della pressione endo-addominale. Conviene collo *Schauta* riconoscendo che le contrazioni uterine non sono un fattore che opera la inversione, ma al contrario sono l'espressione della crescente resistenza che oppone la parete uterina che tende a conservare la sua forma.

Riferisce l'A. le opinioni sulla produzione dell'inversione del *Duncan*, di *Rokitansky*, quella del *Radfort*, che l'A. rifiuta perchè dà importanza etiologica alle contrazioni uterine; quelle di *Hunter*, di *Duges*, di *Courty*, di *Schroeder*, di *Emmet*, di *Astruc*.

Ricorda 16 casi d'inversione uterina per tumore, descritti dagli autori, ai quali aggiunge il caso occorso a lui nella Clinica di Palermo, già pubblicato, nel quale l'inversione avvenne in una vergine per l'espulsione di un tumore che pesava grammi 3300. L'A. si sofferma a discutere quale sia la parete dell'utero che più di frequente s'inverta la prima.

Negli animali l'inversione comincia dal collo. Secondo *Oldham* nella donna è la parte corrispondente all'apertura tubarica destra o sinistra quella che esce prima. Il Relatore riferisce le opinioni degli AA. in proposito. Tocca la questione del valore che ha la sede dell'impianto placentare nella etiologia dell'inversione.

La placenta, specie se anormalmente aderente, può agire rispetto all'utero come un neoplasma, che deve essere espulso, inducendo sul fondo uterino quelle condizioni che favoriscono la paralisi della zona placentare invocata da *Rokitansky* per una depressione meccanica passiva.

L'inversione uterina è più frequente nella vita sessuale, ma nella statistica di *Bruntzel* si trovano 15 casi (su 55) nei quali la paziente aveva oltrepassato il 45.° anno.

La prognosi di questa malattia è sempre grave. Dei 109 casi della statistica di *Crosse*, nei quali la malattia fu lasciata al suo corso naturale, 72 donne morirono nelle prime ore. 8 una settimana dopo, 6 nei primi due mesi, le altre a diverse epoche da uno fino a venti anni. L'affezione è immensamente più grave nel periodo puerperale nel quale si hanno cause di morte l'emorragia, lo schok, la flogosi, la cancrena dell'utero, l'infezione, la peritonite. Il Relatore ha visto morire di schok una donna pochi minuti dopo che le si era prodotta la inversione.

Nell'inversione cronica le pazienti possono vivere più a lungo esposte alle più gravi complicazioni, flogosi, strozzamenti intestinali nell'anello addominale formato dall'inversione, ecc.

Uno degli esiti può essere pure la guarigione sia perchè le inferme raggiungano fra i più gravi accidenti l'età critica, sia perchè l'inversione spontaneamente si riduca.

Per il trattamento curativo non ha importanza la distinzione della forma puerperale o no della inversione. Essa può essere *palliativo* e *curativo*. Quello si limita a prevenire le complicazioni di un'inversione avvenuta, questo a provocarne la guarigione.

Il trattamento curativo comprende il *taxis* e *gli interventi chirurgici propriamente detti*. La riduzione al momento del parto, a collo dilatato, si compie quasi sempre con facilità. Avviene invece sempre più difficilmente per quanto ci allontaniamo dal parto. La riducibilità sta in rapporto diretto alla durata e al grado d'inversione. La condizione più sfavorevole è quando tutto l'utero è invertito.

La riduzione si ottiene coll'impicciolire il corpo e col dilatare la cervice. Per impicciolire il corpo si hanno differenti modi di taxis; *centrale* (*Levret*, ecc.), *periferico* (*Pareo-Mauriseau*), *laterale* (*Deleurye*) Il R. espone le varie indicazioni per l'applicazione di queste diverse forme di taxis. Considera di poi i modi di fissazione dell'utero da ridurre, differenti a seconda delle vie per le quali si applicano: *rettale*, *vaginale* ed *ipogastrica*. Il processo rettale é abbandonato per le lacerazioni che produce, quello vaginale può essere *cervico-vaginale* ed *utero-vaginale* Il processo utero-vaginale è il più semplice e più innocuo (doccia uterina, faradizzazione, tamponamento, pessari ad aria ed acqua). Fra i processi del metodo ipogastrico il Relatore dà un cenno di quello di *Gaillard Thomas*, che ha particolarità eccezionali (dilatazione diretta della cervice uterina mediante l'incisione ipogastrica laparotomica e riduzione dell'utero. Di due malate così operate una guarì, una morì).

Dopo gl'infruttuosi tentativi di taxis, l'amputazione dell'organo è stato il trattamento preferito per molti ostetrici.

Il R ricorda il suo *processo di riduzione* (già riferito nell'XI Congresso medico internazionale di Roma) che poggia sul principio della *dilatazione dolce del canale cervicale senza impiego di forza*, che permette di ridurre a grado a grado le parti inverse, spingendo per *vaginam* il corpo uterino in alto e contemporaneamente per *via laparotomica* tirando sui legamenti e sulle trombe. Il processo dell'A., che è veramente un taxis fatto a ventre aperto, può ben chiamarsi *utero-vagino addominale* ed offre facilità di esecuzione e probabilità di successo.

Dopo il suo, il Rel. riferisce il processo di *Kustner* (incisione della parete posteriore uterina, riduzione dell'organo attraverso questa sutura della incisione attraverso il fornice). quello di *Piccoli*, che da quello di *Kustner* differisce per l'estensione del taglio della parete posteriore uterina e per il meccanismo di reinversione.

Il Rel. tratta in ultimo le indicazioni della *asportazione dell'organo inverso*, completa o incompleta.

Caruso. — In un caso d'inversione cronica praticò l'amputazione dell'utero, previa legatura del peduncolo col processo di *Zweifel*. Ebbe guarigione. In un altro caso, in puerpera da 11 giorni con infezione puerperale sapremica l'O. si limitò ad accurate disinfezioni ed al raschiamento dell'utero inverso. Il taxis limitato non riuscì. La donna guarì dell'infezione, rimanendo coll'utero invertito.

Spinelli — Ricorda la sua proposta di un laccio elastico sul collo dell'utero inverso ad evitare l'emorragia. Ebbe un insuccesso trattando un utero inverso col metodo *Thomas* modificato dal *Cosentino*. Dà importanza agli interventi chirurgici vaginali ed alla colpoisterotomia che dette negli ultimi anni tanti buoni risultati (proc. *Kustner*).

Namias. — In un caso di utero inverso per sarcoma del fondo in donna vergine di 16 anni, riparò all'emorragia con un laccio elastico alla base del tumore e dopo rimessa la giovine tolse utero e tumore. Ebbe guarigione

Pestalozza. — Ha osservati tre casi di spontanea riduzione dell'inversione uterina dopo la rimozione dei tumori che l'avevano provocata.

La proposta del laccio elastico per l'emostasi appartiene al *Koks* fin dal 1890.

Amadei. — Nel rendiconto della Guardia ostetrica di Milano figurano tre casi d'inversione puerperale acuta dell'utero, nei quali il pronto intervento dell'ostetrico fu coronato da successo. Due altri casi d'inversione uterina sono caduti sotto l'osservazione dell'O. nel Comparto ostetrico-ginecologico dell'ospedale maggiore di Milano. Uno di questi trattato colla laparotomia, e la demolizione dell'utero, morì in 3.ª giornata per peritonite settica.

Chiarleoni. — Nota l'importanza speciale che ha la cura dell'inversione complicata ad un processo infettivo. In un simile caso l'O. ottenne la guarigione colla riduzione e lo zaffamento jodoformico.

Roncaglia. — Anch'egli ha osservato due casi d'inversione uterina, uno dei quali complicato ad infezione. Trattò questo con il raschiamento e lo zaffamento per vincere l'infezione e poi con pressione elastica dalla vagina per ottenere la riduzione. Anche il 2.º caso d'inversione andò bene con la pressione elastica vaginale e trazioni sul muso di tinca.

Januario. — Ebbe due casi d'inversione. In uno ebbe riduzione e guarigione col taxis centrale, nell'altro ebbe collo stesso trattamento la riduzione dell'utero, ma la paziente soccombette.

MANGIAGALLI. — Ricorda quattro casi, di cui due già pubblicati dall' Assistente Dottor *Decio* 10 anni fa Meritano d'essere ricordati questi casi anche perchè s'abiliscono la priorità su alcune modalità operatorie. L' O. stabiliva allora i seguenti precetti: che, riconosciuta la necessità della demolizione, questa venisse compiuta per via vaginale; che un laccio elastico si stringesse sul colletto dell'utero inverso; che venisse esplorato l' infundibulo; che, amputato l'utero, venisse poi accuratamente suturato a strati e ridotta la parte rimasta.

PASQUALI — In un caso d'inversione cronica si valse della pressione elastica vaginale col colpeurinter di *Braun* prolungata per molti giorni, che provocò la riduzione improvvisa.

In un altro caso trattato coll'escisione dell'utero inverso e la sutura alla *Zweifel* perdette la donna per infezione, essendosi la porzione soprastante la sutura reinversa nel cavo pelvico.

CAMPIONE riferisce un caso nel quale l'amputazione dell'utero inverso indusse ferita di un'ansa intestinale scesa nell'infundibulo peritoneale posteriore.

COSENTINO — Conviene che prima della riduzione non debbasi dimenticare la disinfezione della mucosa uterina anche mediante il raschiamento.

Fra i metodi operativi vaginali preferisce il processo *Piccoli*, che potrebbe chiamarsi il processo Napoletano.

Crede buona pratica quella consigliata dal prof. *Mangiagalli* di aprire la cavità prima d'amputare l'utero inverso per evitare la lesione delle vene intestinali che possono trovarsi nell'infundibulo

Gravidanza extrauterina.

PESTALOZZA. — Ne parla a proposito di due casi da lui osservati; una operata nel 94 per via laparotomica di estirpazione della tuba sinistra gravida con esito di aborto interno e rioperata nel settembre scorso di ablazione della tuba sinistra pur essa gravida. Il secondo caso riguarda una donna operata nel luglio 97 di laparotomia per rottura di una gravidanza tubarica al 4° mese accaduta durante un esame diagnostico durante la narcosi cloroformica. Nel 1899 probabilmente ebbe una gravidanza intestinale. Ha una statistica di 52 casi, fra i quali 6 volte si ebbe ripetizione di gravidanza, 2 volte estrauterina e 4 volte uterina terminata due volte con aborto e due con parto a termine. Nella letteratura ha trovato 108 casi di gravidanza extrauterina ripetuta nella stessa donna. Non crede che sia indicata la sistematica ablazione bilaterale degli annessi, ma basta *in operando* una attenta resezione degli annessi del lato non gravido, non fosse altro che per curare tutte quelle condizioni morbose che potessero accrescere il pericolo di una recidiva della gravidanza extrauterina. *Roncaglia* riferisce su di un caso di ripetizione di gravidanza extrauterina e da lui operata due volte. Era in rapporto con infezione blenorragica. *Giglio* ha 5 casi di gravidanza extrauterina e ne ricorda dodici appartenenti al Chiarleoni. *Spinelli* ricorda due casi di aborto tubarico, ambedue operati. *Riccardi* riferisce sulla rottura della gravidanza tubarica.

Ematocele solitario — Clivio. Illustra un caso.

Ematocele retro-uterino trattato coll'apertura vuotamento, e successivo zaffamento del cavo del Douglas. FERRARI dice che negli ultimi 20 casi ha curati 7 casi di cui 4 chirurgicamente. Crede la via vaginale la preferibile tanto negli essenziali e da gravidanza extrauterina abortiva nei quali il feto e la placenta o sono estremamente piccoli o talvolta già completamente riassorbiti.

RENDICONTI DI ACCADEMIE E SOCIETÀ

Austria.

SOCIETÀ IMPERIALE E REALE DEI MEDICI DI VIENNA.

Seduta del 1 *novembre*. — CSOKOR a nome di *Sanfelice* fa una comunicazione su di un *fermento speciale trovato in certi neoplasmi*. È un *saccaromyces* che chiama *neoformans*. L'iniezione intravenosa di culture di questo fermento determina, dopo alcuni mesi, la produzione di masse edematose e carcinomatose nei gangli e nel pancreas. Fatta in corrispondenza della cornea l'inoculazione dà del pari luogo ad una abbondante proliferazione di cellule epiteliali. Questo saccaromyces si presenta sotto la forma

sferica od ovalare: si colora col metodo di Gram e si coltiva bene sulle patate.

Wertheim parla sulla *cura radicale del cancro dell'utero* e dice che per evitare le recidive bisogna ricercare i gangli invasi, per cui conviene prendere la via addominale. Su 33 operati da due anni 11 sono morti per l'operazione e 17 sopravvivono senza recidiva. Consiglia di scoprire ureteri e grossi vasi ed estrarre tutti i gangli. Estirpa coll'utero la vagina.

Pendl parla sulla *cura dell'estrofia della vescica* a proposito di un ragazzo di sette anni, al quale una plastica eseguita tre anni prima era riuscita inutile; estirpò la vescica eccetto il trigono, che imboccò con l'S iliaca. Trattiene le orine dalle 3 alle 4 ore. Non teme l'infezione ascendente. Anche Frank ha un paziente così operato che attualmente tiene le orine dalle cinque alle sei ore.

Seduta del 23 *novembre* 1900. — Scauta a proposito della comunicazione di Wertheim sulla *cura radicale del cancro dell'utero* dice che è inutile andare a ricercare i gangli quando non si presentano degenerati, perchè inutile e pericoloso. In ogni modo il vantaggio è debole e per questa preferisce la via vaginale. Anche Herzfeld crede impossibile asportare questi gangli, e d'altra parte inutile perchè rimangono sempre i linfatici che vanno alla vescica, retto, vagina. Chrobak pensa che i pericoli sono maggiori dell'utile, ma Latzko crede sia utile fare il tentativo. Erlach invece è partigiano della via vaginale. Wertheim sostiene che sarà impossibile l'estirpazione di tutti i gangli, ma ciò non impedisce che il suo processo sia indicato e dia migliori resultati delle altre operazioni.

Società Belga di Chirurgia.

Seduta del 20 *ottobre* 1900. — Desguin a proposito della *cura radicale delle varici col processo del Moreschi* dice che non bisogna essere sistematici in chirurgia. Ci sono delle varici non aperte, nelle quali le calze elastiche bastano perfettamente ad impedire il male, eccetto quando è giuocoforza operare per imposizioni amministrative. Nelle ulceri il riposo e gli innesti sono soddisfacenti. Verneuil non è entusiasta delle calze ed è per l'operazione. Willems crede che si sia operato troppo. Egli è ricorso all'operazione di Harbordt e cioè incisioni multiple parallele ed incrociantisi attraverso l'ulcera e sorpassandone i limiti in superficie e profondità. Se l'ulcera è varicosa, la legatura può essere indicata. Non confida nelle calze. In alcuni casi crede utile l'escisione della varice, ma non trova l'indicazione al processo di Moreschi. Vince pensa che bisogna guardare alla classe sociale del paziente. Crede insufficiente l'operazione del Trendelenburg e buona quella del Moreschi. Walrawens col Moreschi ha avuto un successo. Desguin pensa che alcuna operazione è capace di sopprimere le anastomosi profonde, e perciò crede che la calza elastica sia più efficace di qualunque legatura sui vasi dilatati. Verneuil obietta che non tutti sopportano la calza; Dejardin che il processo di Tredelenburg è buono quando non si tratta che di una sola safena: Willems insiste sull'utilità degli innesti, che hanno dato un successo anche ad Hannecart.

Dejardin legge una nota su di un processo nuovo di *istero-ligamentopexia addominale ed isteropexia mediata addominale,* che è una combinazione dell'isteropexia del Terrier e della ligamentopexia del Beck e raccorciamento dei legamenti rotondi alla Alquie-Alexander.

Dejardin e Gulikers parlano sulla *cura radicale della fistola del canale di Stenone con un processo nuovo.* Nel primo tempo incisione secondo una linea che va dal lobulo dell'orecchio alla commissura buccale; nel secondo ricerca e dissezione del canale e del prolungamento masseterino della glandola; nel terzo scollamento della glandola dal margine posteriore del massetere; nel quarto scollamento della faccia interna del massetere dalla faccia esterna della branca montante del mascellare inferiore, perforazione della mucosa boccale; nel quinto introduzione del canale nel tragitto scavato e fissazione di questo alla mucosa con sutura; nel sesto sutura della pelle.

Goris parla di un caso di *malattia del Basedow* senza gozzo apparente e diagnosticato al laringoscopio, guarito con la tiroidectomia.

Lebbrgue parla di un *secondo caso di cisti sierosa congenita della spalla.*

Goris presenta un individuo operato in una sola seduta per *parisinusite unilaterale,* ed un altro di *diverticolo dell'esofago* curato con l'estirpazione.

Accademia di Medicina di Parigi.

Seduta del 6 *novembre* 1900. — Laborde a nome di Matignon parla sulle *trazioni ritmiche della lingua nell'asfissia causata dalle ferite della laringe.* Si trattava di un giovine soldato che ebbe da un proiettile traversata la parte inferiore della cartilagine tiroide senza lesione dei grossi vasi. Condizioni discrete, bava sanguinolenta, ma nella contrattura. Avendo potuto attraverso uno spazio intradentario afferrare la lingua, fece delle trazioni molto lente ed energiche. Dopo due o tre minuti un leggiero moto di sinistra, e dopo sei minuti la respirazione era normale.

Seduta del 20 *novembre* 1900. — Lucas-Championnière legge un rapporto su di un lavoro di Wlaier e Hotman sulla *sieroterapia dei tumori maligni.* Le ricerche in quistione hanno per punto di partenza la constatazione nei tumori maligni ed in specie i cancri, dei blastomiceti, che, isolati ed inoculati agli animali, sarebbero suscettibili di determinare una vera infezione cancerosa. Gli autori hanno cercato d'immunizzare diversi animali con questi blastomiceti: non hanno ottenuto un siero attivo che negli uccelli (piccioni, polli, oche). Allo scopo di dimostrare l'attività di questo siero inocularono dei topi in due serie. Agli animali del primo gruppo iniettarono tutte le settimane da 0,5 c.c. a 1 c.c. di siero; sono tutti rimasti in buone condizioni. I topi invece della seconda serie abbandonati alla loro sorte sono tutti morti di infezione cancerosa generalizzata.

Basandosi su questi dati iniettarono il loro siero a diversi cancerosi e due furono presentati all'Accademia come migliorati. Il relatore avverte che se la natura parassitaria del cancro è probabile, la dimostrazione non è ancora fatta. Non si saprebbero infatti assimilare a dei veri tumori cancerosi i neoplasmi osservati negli animali. In quanto all'azione curativa del siero dichiara che, dopo le sue osservazioni e di varî chirurghi, le iniezioni di questo siero, se sono inoffensive, non godono di alcuna efficacia reale sul decorso e la evoluzione nel cancro; infatti non hanno data nè guarigione, nè nulla indica la tendenza di guarigione. Taluni tumori sono apparsi però modificati in un senso favorevole, ma oltre che queste modificazioni sono state temporarie, non si sa se si sarebbero del pari prodotte in conseguenza dell'uso di qualunque altro medicamento. L'intervento chirurgico rimane dunque la cura di elezione dei tumori cancerosi, ed è sol-

tanto nei malati riconosciuti inoperabili che la sieroterapia può essere provata. BERGER conferma questi fatti. Come lui constata la completa innocuità delle iniezioni di questo siero, ma per il siero deve dichiarare che se taluni degli individui colpiti da tumori cancerosi, del resto inoperabili, che ha confidati a WLAIER, sono migliorati durante un certo tempo, tanto dal punto di vista generale, che locale, nessuno però è guarito o presentò un principio di guarigione.

Seduta del 27 *novembre.* — BERGER legge un rapporto su cinque osservazioni di KHIRMISSON sulle *lussazioni istantanee dell'anca nel periodo iniziale della coxalgia.* Avvengono per contrattura muscolare, quando è grave, e guariscono per estensione continua dopo riduzione.

LE DENTU parla sulla cura del *cancro con le iniezioni intra cellulari* e dimostra che non hanno base scientifica certa, ma non essendo ancora dimostrata assolutamente la natura parassitaria del cancro: inoltre i fatti clinici citati non permettono di sperare in una nuova cura del cancro, la cura chirurgica rimanendo la più utile e la più efficace. Sebbene il siero anti-cellulare si sia mostrato inoffensivo, non è permesso di affermare un principio di guarigione. L'azione esercitata da questo siero sul cancro è la stessa che si è osservata con delle tossine, e specialmente con delle tossine streptococciche. BERGER ricorda che il siero di Wlaeff è innocente: non lo ha provato nel sarcoma. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE avverte che non è certo usabile nei casi operabili; LE DENTU però batte in breccia per dimostrare la necessità che il chirurgo sia chiamato presto.

SOCIETÀ DI BIOLOGIA DI PARIGI.

Seduta del 2 *novembre* 1900. — TUFFIER e HALLION parlano sulle *iniezioni sotto-aracnoidee di cocaina.* Dicono di avere studiato sui cani gli effetti prodotti sull'apparecchio circolatorio per l'inoculazione sotto-aracnoidea di cocaina. Mentre che la cocaina introdotta nei vasi e nel cellulare innalza la pressione arteriosa e produce una vaso-costrizione generale, l'iniezione sotto-aracnoidea nella sezione lombare determina invece costantemente un abbassamento della pressione arteriosa, che proviene da una paralisi vasomotrice estesa a tutte le reti sottodiaframmatiche. Quest'ultimo fenomeno ha per causa la paralisi degli elementi nervosi intra-rachidiani che tocca direttamente la cocaina: cioè centri e conduttori midollari, o piuttosto dopo le ricerche da completarsi, le fibre contenute nelle cellule rachidiane. La pressione arteriosa può essere rialzata al suo primitivo livello sia per l'eccitazione dei nervi splacnici provocanti una vaso-costrizione energica nelle reti precedentemente paralizzate, ed attestanti così anche la sede esclusivamente intra-rachidiana della vaso-paralisi constatata; sia per la compressione dell'addome, di cui si dimostra così una delle indicazioni terapeutiche.

SOCIETÀ DI CHIRURGIA DI PARIGI.

Seduta del 7 *novembre* 1900. — WALTER a nome di MORESTIN fa la comunicazione di un caso di *ferita penetrante del cranio per palla da revolver; trapanazione: estrazione del proiettile annidato nel cervello*, seguito da guarigione. REYNIER accenna alla utilità di maggiori precauzioni nella estra-

zione dei corpi estranei del cervello: consiglia ad usare prima l'apparecchio di Contremoulins per determinare la situazione del corpo estraneo. Anche precisato talora è difficile l'estrazione, e cita un caso. DELENS raccomanda in questi casi la radiografia, la quale gli giovò una volta. MONOD crede che non si debba intervenire per corpi estranei nel cranio se non si presentano sintomi cerebrali, perchè allora se ne conosce anche la posizione. RECLUS crede che in questi casi il chirurgo non debba fare che l'antisepsi del tramite, e non fare di più che se la radiografia dà dei ragguagli precisi. SCHWARTZ è della medesima opinione, ma QUENU crede che coll'attendere si producano sintomi gravi per intervenire, come lo vogliono Monod, Reclus, e Schwartz, sia un mettersi nelle peggiori condizioni possibili: crede invece si debba intervenire subito per prevenire la comparsa di questi fenomeni dovuti in massima parte all' infezione della ferita. DELORMES fa subito la radiografia, e si regola a seconda dei responsi di questa. Ritiene nel caso la trapanazione debba esser ampia. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE non crede conveniente ricercare un proiettile a meno che non si abbiano dati sicuri, e la radiografia sino ad ora non li dà tali. TUFFIER dice che l'intervento immediato è quello relativo all'antisepsi, e la ricerca del proiettile non deve farsi che avendo i dati precisi; e questa dev' essore anche per gl'interventi tardivi, ed in questo con la radiografia riprende tutti i suoi diritti. GUINARD crede che bisogni trapanare perchè è il solo mezzo per togliere le scheggie e drenare ampiamente. GÉRARD-MARCHANT è della medesima opinione del 1894 e cioè che davanti ad accidenti immediati gravi bisogna astenersi da qualsiasi esplorazione intra-cerebrale e contentarsi di una trapanazione preventiva che permette di togliere il proiettile, le scheggie e drenare. È quello che ha fatto il Morestin, il quale trapanato e scoperto un versamento retro-dura-madre l'ha aperto e sentito col dito un proiettile l'ha estratto, e finalmente drenato. Auche WALTHER ne difende l'operato.

GUINARD, presenta una donna che avendo avuta un'*appendicite* a ripetizione, fu operata a freddo, e trovò un verme intestinale vivente e nell'appendice.

POTHÊRAT presenta un uomo che avendo avuta una *frattura del calcagno da strappamento* gli fece la sutura ed ottenne la guarigione.

RICARD fa vedere un uomo, al quale per *lussazione antica della spalla* eseguì la riduzione cruenta, ed avendo *ferita l'arteria ascellare* la suturò con ottimo resultato.

RICARD fa vedere un feto di otto mesi in *gravidanza estrauterina*, morto da diciassette mesi, estratto con la laparotomia seguita da guarigione.

Seduta del 14 *novembre*. — HUE a proposito delle *frattura del calcagno per strappamento* presenta una radiografia di una frattura curata con la sutura ossea e riunita malgrado l'avvenuta suppurazione. POTHERAT ricorda un caso appartenente a Tuffier.

NIMIER a proposito delle *ferite penetranti del cranio per colpi d'armi da fuoco* dice credere una chimera la possibilità della disinfezione del tramite di penetrazione: l'asepsi non avviene che quando la pelle è asettica o poco infetta in modo che la resistenza propria dei tessuti, favorita dal drenaggio chirurgico del focolaio basta a prevenire gli accidenti di meningite ed encefalite. In qnanto all' estrazione del proiettile non si potrebbe prendere una decisione che esaminando tutti i casi. POTHERAT ricorda un caso che

dimostra l'indirizzo per il chirurgo, e ciò a causa delle complicanze che susseguono. La radiografia può aiutare per la diagnosi.

Lejars a nome di Scipiorski parla di *tre operazioni del Gritti* molto interessanti. Crede che l'avvenire dell'operazione del Gritti sia ancora a discutersi, ma bensì, fatta, dà un resultato migliore dell'amputazione diafisaria. Non crede che si possano fare confronti con la disarticolazione del ginocchio, che deve rimanere l'operazione di elezione.

Poirier, ricorda un caso, e dice crederla preferibile alla disarticolazione, perchè fornisce un moncone meglio disposto a sopportare il peso del corpo a causa della qualità della pelle che lo ricopre, e per la minore atrofia che subisce il moncone del quadricipite che rimane intatto.

Delbet crede che tutte le operazioni osteoplastiche dànno migliori risultati, perchè il fragmento osseo destinato a ricoprire il femore o la tibia ha la sua nutrizione assicurata dai vasi periostei che comunicano con i tegumenti vicini. Berger dice che dopo alcuni casi osservati ha perduta la fiducia nella disarticolazione del ginocchio. Anche Tuffier è della medesima opinione, appunto perchè nella Gritti è buona la pelle che si adopra. Peyrot è per la disarticolazione. Lejars dice che dei guai si sono osservati anche dopo la Gritti, e che per avere nella disarticolazione un buon lembo nutrito si può fare posteriore.

Brin fa una comunicazione su *due estirpazioni di cancro dell'intestino crasso.*

Seduta del 21 *novembre.* — Picqué, narra la storia di un caso di *ferita trasversale del collo* in un alienato con ferita incompleta della laringe e trachea, e nel quale venne eseguita la sutura con dei fili intrecciati di catgut disposto fra la cartilagine cricoide ed i primi anelli della trachea rimasta integra. Ebbe guarigione senza restringimento.

Michaud, parla sulla *cirrosi epatica* al suo inizio a proposito di un'osservazione di Pauchez di Amiens in donna, la quale da due anni aveva delle crisi accentuatissime di epatalgia. Il fegato debordava di quattro dita trasverse. Dubitò di un'angiocolite infettiva o di una cirrosi epatica al suo inizio.

Essendo riuscita inutile qualsiasi cura medica ricorse alla laparotomia, scoprì la vescichetta distesa, la punse, ma non trovò calcoli. Il fegato era ricoperto in parte da membrane che indicavano accessi più o meno recenti, di periepatite. Distaccate alcune aderenze, fece la colecistostomia perchè servisse di drenaggio alle vie biliari Nei primi tempi emissione abbondante di bile densa, che conteneva numerosi colibacilli, poi la bile diminuì e divenne più florida e senza colibacilli, la paziente ingrassò in modo che dopo alcune settimane soppresse addirittura la cistifellea facendo la decorticazione sotto-sierosa. Guarigione con fegato diminuito di volume. Michaux pensa però che non si trattasse di cirrosi, ma di angiocolite al suo inizio, e quindi ancora di più indicato l'intervento. I successi ottenuti sino ad ora, egli dice, nella cirrosi epatica sono variabili come i modi di intervento: semplice laparotomia con o senza distruzione di aderenze periepatiche, massaggio delle vie biliari, drenaggio della vescichetta tanto all'esterno che nello stomaco e nell'intestino. Crede che il drenaggio debba essere utile in una cirrosi al suo inizio, cioè quando gli elementi nobili dell'organo non hanno ancora subìte delle alterazioni irremediabili, e che sono destinate a fallire nelle cirrosi antiche. Come mezzo di drenaggio preconizza la colecistostomia, ma respinge la colecisto gastrostomia e colecisto-enterostomia, le quali favorirebbero ancora di più l'infezione delle vie biliari. Hartmann

è della medesima opinione di Michaux che si trattasse di un'angiocolite ma pensa che avrebbe potuto fare a meno della colecistostomia, in quanto in taluni casi ha veduto bastare la sola laparotomia. Crede che nella cura hanno grande parte il riposo, la dieta lattea, gli alcalini. Se l'ascite accompagna la cirrosi, la periepatite, allora può essere la sola laparotomia utile come nella peritonite tubercolare. In quanto alle fistole biliari crede che si chiudano più presto di quello che non si creda, anche se la bile contiene germi infettivi. TERRIER pensa che nelle angiocoliti conviene drenare e fare la colecistostomia: non crede che i colibacilli scompaiano dalla bile. Non sa ancora dare un'opinione sulle operazioni consigliate contro la cirrosi. DELBET crede che la colecistostomia sia utile nei casi di angiocolite semplice o calcolosa, ma quando si fa ostruzione fissa preferisce di più ricorrere all'imbocco della vescichetta nello stomaco e specialmente nell'intestino, perchè quest'operazione assicura in qualche modo lo scolo fisiologico della bile pur dando ai pazienti l'illusione di una guarigione. Ben poco si sa sulle cirrosi, siano esse da irritazione, da intossicazione, da infezione. — ROUTIER in un caso di cirrosi epatica con le ripetute punture e la dieta lattea ottenne guarigione.

POIRIER presenta un giovane che aveva avuto *frattura dell' estremità superiore del radio* guarita con l'estirpazione della cupola del radio.

MICHAUX presenta un pezzo di *epiploon torto in un sacco ernioso:* POTHÈRAT un *lipoma di un dito* e MONOD un pezzo di ovatta che agiva da *corpo estraneo in vescica.*

SOCIETÀ DI MEDICINA INTERNA DI BERLINO.

Seduta del 29 *Ottobre* 1900. — POSNER a proposito delle *modificazioni della secrezione prostatica nel caso di prostatica cronica e loro influenza sulla vitalità degli spermatozoidi* dice che non può ammettere l'opinione di Lohnstein in quanto allo stato normale gli spermatozoidi non possono vivere che in un mezzo alcalino; è ciò che ci spiega perchè questi elementi al contatto della mucosa originale, la cui secrezione è umida, muoiono tanto facilmente, mentre possono vivere nella cavità cervicale, la cui secrezione è alcalina. — FÜRBINGER è della medesima opinione. — CASPER dice che la stabilità non è data dalla prostatite, ma dalla epididimite, perchè se così non fosse molti matrimoni rimarrebbero sterili in quanto l'80 °/₀ degli individui sono affetti da gonorrea cronica.

LIPPMAN-WULF presenta dei pezzi anatomici di un *diverticolo dell'uretere, successivi ad ipertrofia di un rene* mentre il più delle volte è congenito.

Seduta del 19 *Novembre.* — STRASSMANN parla sulle *lesioni aortiche e valvolari di origine traumatiche* a proposito di un caso da lui osservato, e nel quale la morte avvenne dopo un mese. Non avvenne l'aneurisma, pare, perchè reso impossibile dalla diminuzione anormale della pressione sanguigosa risultante dalla insufficienza aortica. — FRAENKEL osservò un caso simile.

MAX COHN presenta un uomo con un' *elefantiasi consecutiva ad eresipela.*

Società Medica di Berlino.

Seduta del 31 *ottobre* 1900. — Lewin parla sulle *cicatrici simmetriche congenite* a proposito di un bambino di tre mesi. Dice che non possono provenire che da ferite prodotte del cordone o da accidenti sifilitici intra-uterini. Crede di più a questa ipotesi.

Seduta del 7 *e* 14 *novembre* 1900. — Schäffer parla nella cura della *setticemia uterina* e dice che può essere utile la isterectomia nei casi gravi, come lo sarebbe una amputazione di un arto. Gottschalk avverte che bisogna distinguere le varietà di setticemia uterina. Crede che convenga usare la cura locale, con lavande asettiche, caldissime. Non trova indicazioni all'isterectomia. Bröse è della medesima opinione; però preferisce il drenaggio.

Società Medico-Chirurgica di Londra.

Seduta del 13 *novembre* 1900. — Lewers parla sui *resultati di quaranta casi di isterectomia vaginale per cancro uterino.* In dodici non vi era stata recidiva, in 18 vi era stata e 4 erano morti; in due casi la natura dell'alterazione non potè essere provata con l'esame speciale, in 3 casi non si poterono ottenere notizie precise se l'affezione recidivò oppure no, in un caso l'affezione fu provato essere una ulcerazione tubercolare primitiva della cervice e non una neoplasia maligna. Crede che la buona statistica sia dovuta alla relazione dei casi, e cioè quelli nei quali la diagnosi fu precoce e la lesione limitata. Briggs operò 83 casi ed in 23 casi di tumori maligni della cervice non ebbe recidiva. Amonnd Routh ne ha 40 casi, e la recidiva di carcinoma del corpo uterino fu meno di quella per la cervice. Jessett pure concorda nella necessità di diagnosi precoce, e dice che i casi gravi per l'operazione sono quelli con aderenze.

Società Clinica di Londra.

Seduta del 26 *ottobre* 1900. — Clarke presenta un uomo di 57 anni, nel quale aveva fatta una *plastica rettale* per incontinenza consecutiva ad un'estirpazione del retto. Il resultato fu ottimo.

Carr mostra un giovanetto di sette anni con *miosite ossificante progressiva* dei muscoli della nuca, del pettorale, del grande dorsale, del bicipite, del retto addominale di sinistra con esostosi delle ossa della testa e degli arti.

Tilley parla sulla *cura radicale dell'empiema del seno frontale* a proposito di una donna di 50 anni, la quale da cinque giorni aveva uno scolo purulento delle narici. Asportò dei polipi, drenò l'antro d'Higmoro e aprì il seno frontale dalla via esterna.

Thomsen in un uomo di 40 anni asportò un *papilloma della tonsilla sinistra.*

Sgarr presenta un uomo di 31 anni che in guerra colpito da un proiettile ebbe una *ferita transfaciale* che portò la paralisi di parecchi nervi cranici. Incoscienza per varì giorni.

Symonds presenta una giovine di 16 anni, alla quale aveva estirpato un *sarcoma centrale della metà sinistra del mascellare inferiore.*

Seduta del 9 *novembre* 1900. — DALTRU parla sulle *conseguenze in caso di idatide del fegato* a proposito di un individuo che soffriva di ascite che migliorò per la formazione di estese aderenze. L'ascite non si arrestò per la semplice compressione meccanica sulla cavità peritoneale, ma ciò deve anche la sua ragione al fatto che la congestione portale aprì la comunicazione tra i capillari portali e quelli che si uniscono con le vene della parete addominale, del diaframma, ecc. Crede che le estese aderenze fossero dovute all'esposizione all'aria dell'endotelio che copre il peritoneo, e che nell'ascite è mal nutrito, e che irritato si scolla e può dare luogo ad aderenze. Consiglia la cura delle asciti da cirrosi del fegato con la sezione addominale. ROLLESTON crede che le aderenze portino più sangue al fegato e quindi maggiore nutrizione, mentre la deviazione di una parte della corrente portale rende la glandola epatica inabile alle sue funzioni.

RIVISTA DEI GIORNALI DI CHIRURGIA

Il Policlinico, n. 20. Ottobre 1900.

D'ANTONA. — *Indicazioni delle nefrectomie e specialmente per tumori maligni.* In corso di pubblicazione.

D'URSO. — *Le operazioni consecutive nei neoplasmi maligni delle ossa.* In corso di pubblicazione.

JAJA DONATO. — *Ricerche istologiche sul tessuto muscolare e connettivo dell'utero gravido.* Conclude che: 1.° Durante la gravidanza, oltre all'ipertrofia, si ha anche l'iperplasia delle fibro-cellule muscolari e del connettivo della parete uterina. Questa ipertrofia od iperplasia si osserva anche a carico degli elementi muscolari delle pareti vasali; 2.° L'ipertrofia e l'iperplasia della parete uterina sono più spiccate pei primi tempi della gravidanza che verso la fine; anzi verso il termine cessa del tutto l'iperplasia. 3.° Non si riscontra in nessun utero gravido esaminata la struttura delle fibro-cellule muscolari, descritta da qualche Autore.

Annals of Surgery, n. 5, novembre 1900.

CORSON. — *Studio bibliografico sulle epifisi normali degli arti a tredici anni.* È uno studio anatomico importante, di cui è impossibile dare un riassunto trattandosi di accurata descrizione.

WIENER. — *Contributo allo studio della torsione omentale intraddominale.* Riporta una serie di casi, nei quali fu osservata questa condizione anomala.

JAMES B. BULLITT. — *Esportazione di parete addominale lipomatosa combinata ad operazione di cura radicale di ernia ombelicale.* Caso clinico.

JOHN CHADWICK OLIVER. — *Relazione di un caso di actinomicosi nell'uomo.* Fu curato con l'ioduro di potassio, ma fu seguito da morte.

JOHN J. BUCHANAN. — *Rottura traumatica dell'intestino tenue. Laparotomia. Guarigione.* Caso clinico. Avvenne per trauma.

CHARLES LANGDON GIBSON. — *Studio su 1000 operazioni per ostruzione intestinale ed ernia gangrenata,* Conclude che le principali cause dell'ostruzione intestinale sono intussuscezioni e briglie e si ha la mortalità del 47 %

e dipende dalla durata dell' ostruzione. La mortalità delle resezioni è del 74 $^0/_0$, dell'ano contro natura del 77 $^0/_0$. Nell'ernia gangrenata la mortalità è del 34 $^0/_0$. In generale la resezione con sutura primaria dà la mortalità del 38 $^0/_0$; se con bottone di Murphy il 36 $^0/_0$. Una quantità di morti sono dovute ad imperfezione della tecnica. La grande mortalità nell'ano contro natura è dovuta alle disperate condizioni, nelle quali è il paziente, quando vi si ricorre.

Revista de Chirurgie, n. 11, novembre 1900.

Bothezat. — *Contributo allo studio delle anomalie del fegato.* Descrive varie anomalie da lui osservate, sotto il punto di vista anatomico.

Potarca. — *Tumore emorroidario inflammato con doppia fistola retto-coccigea e retto-vaginale consecutiva curata radicalmente con i processi combinati di Segond-Whitehead.* Caso clinico.

Babes. — *Deformità da cicatrice per ustione della gamba e della parte posteriore della coscia.* Caso clinico.

Revue de Chirurgie, n. 11 novembre 1900.

Hartmann. — *Tecnica della colostomia nella cura di taluni tumori inoperabili del retto.* La pelle è incisa a sinistra, due dita al di dentro della spina iliaca anteriore-superiore e perpendicolare ad una linea estesa dell' ombelico alla spina iliaca anteriore-superiore e corrispondente nel suo mezzo a questa linea: dissociamento dei piani muscolari della parete; apertura del peritoneo, ricerca dell'ansa e sua fissazione. Raccomanda di fare bene attenzione ad isolare la garza che ricopre l'intestino da quello che lo circonda e lo solleva. Apertura dell'intestino dopo 48 ore.

Terrier e Gosset. — *Dell'occlusione dell'intestino.* (In corso di pubblicazione.

Codivilla. — *Sulla tecnica della craniotomia esplorativa.* (Vedi Clinica Chirurgica, pag. 711 del 1900 e pag. 456 del 1899).

Péraire e Mally. — *La resezione del nervo mediano all' avambraccio.* Caso clinico, nel quale la resezione fu necessaria per la presenza di un lipoma che disgregava le fibre di questo nervo.

Phelps. — *L'operazione di Phelps per la cura delle ernie e la chiusura delle ferite addominali.* Consiste in una sutura a sopraggitto con filo d' argento sottile e rinforzo della parete per mezzo dell' affondamento di filigrane di argento.

Llobet. — *L'operazione di Nassilov.* È la prima operazione eseguita a Buenos-Aires, e che consiste nell'aprire il mediastino posteriore sano per intervenire nell'esofago toracico. La paziente morì all'ottavo giorno.

De Bovis. — *Il cancro dell'intestino crasso.* (Lavoro in corso di pubblicazione.

Archives Provinciales de Chirurgie, n. 11 novembre 1900.

Jeannel. — *Chirurgia del duodeno.* È un capitolo della Seconda Edizione della Chirurgia dell'Intestino, che è sotto stampa. Sarà analizzato più tardi tutto il Volume.

Viannay Charles. — *Tre casi d' intervento chirurgico per ulcera perforante dello stomaco.* Appartengono al Jaboulay. Nel primo furono tolte le aderenze, resecata l'ulcera e fatta la gastrorrafia con buon resultato; nel se-

condo fu eseguita la laparotomia per peritonite generalizzata, ma con esito infausto: nel terzo vennero compiuti inutilmente otto tentativi di affondamento, essendovi perigastrite anteriore suppurata e fistola stomacale secondaria. Pensa che sarebbe utile combinare l'occlusione della perforazione gastrica con la derivazione dei liquidi stomacali cioè una gastro-enterotomia utilizzando l'orificio della perforazione.

Annales des Maladies des Organes Génito-Urinaires, n. 11 novembre 1900.

GUYON. — *Le mani del chirurgo.* In questa Lezione di apertura del corso scolastico 1900-1901 si occupa ampiamente della quistione della asepsi delle mani, e giustamente accenna alla necessità di tenerle sempre proprie e curate perchè in tal modo si potranno sempre meglio farle divenire asettiche. La superiorità è nella proprietà: egli esclama. Si occupa poi dei varî modi di palpazione, e cioè per pressione, pizzicottamento, scivolamento, sfiancamento.

D'URSO e FABII. — *Ricerche sperimentali sull'uretero-eteroplastica* (Vedi Clinica Chirurgica Pag. 822).

ALBARRAN. — *Neoplasmi primitivi del bacinetto e dell'uretere.* Termina la monografia di questi neoplasmi studiando quelli mesodermici.

Revue de Gynecologie et de Chirurgie addominale, n. 5, sett. ed ottobre 1900.

POZZI. — *Contributo allo studio delle metriti cervicali* (Vedi Clinica Chirurgica Pag. 595 del 1900).

MARTIN. — *Indicazioni e tecnica delle operazioni dei miomi* (Vedi Clinica Chirurgica Pag. 892 del 1900).

LENNANDER. — *Laparotomia attraverso una delle guaine del grande retto dell'addome con spostamento mediano del muscolo, sua tecnica nell'operazione dell'appendicite a freddo.* Lo scopo di questa incisione giusta-mediana è di interporre un muscolo intatto tra la ferita peritoneale e quella del foglietto anteriore della guaina del grande retto. Nelle laparotomie mediane avviene così che la linea alba, dopo l'operazione, rimane assolutamente intatta. In grazia all'esatta sutura dei foglietti anteriore e posteriore della guaina, il ristabilirsi del ventre è perfetto, in modo che non soltanto i retti, ma anche i muscoli obliqui e trasversi possono funzionare bene come prima, poichè non è stato toccato l'incrocio tendineo della linea alba.

ROUX. — *Le anastomosi intestinali e gastro-intestinali* (Vedi Clinica Chirurgica Pag. 688 del 1900).

CECCHERELLI ANDREA. — *La Chirurgia del pancreas* (Vedi Clinica Chirurgica Pag. 678 del 1900).

Annales de Gynecologie et d'Obstétrique, novembre 1900.

PINARD. — *Schizzo dei progressi realizzati in ostetricia durante il secolo XIX.*

WORMSER. — *La disinfeziona delle mani.* È un articolo riassuntivo che è una rassegna del volume dell'Haegler dal titolo Händereinigung, Händedesinfection und Händeschutz pubblicato a Basilea. La base è sempre la medesima: per avere le mani nette bisogna evitare qualunque contatto settico. Raccomanda di evitare la ruvidità e screpolature delle mani, e consiglia di togliere, una volta terminata l'operazione, tutto ciò che rimane ancora di liquido antisettico sulla pelle con lavaggio di acqua calda e sa-

pone od infuso di semola; di non moltiplicare la disinfezione; di sostituire il grasso tolto coi lavaggi con un unguento grassoso qualsiasi una volta terminata l'operazione.

GOSSET e MONCHOTTE. — *Peritonite mortale, per irruzione nel peritoneo, attraverso l'ostio addominale, del contenuto di una salpingite suppurata in una donna incinta di tre mesi.* Caso clinico.

Revue d'Orthopédie n. 6 novembre 1900.

FROELICH. — *La coxa-vara degli adolescenti.* L'incurvamento del collo del femore può essere come la deviazione del piede in valgo, un epifenomeno in molte affezioni: può essere congenito, rachitico, paralitico, traumatico, infiammatorio. Il problema terapeutico consiste nel fare sparire la rotazione esterna dell'arto, la sua estrema adduzione. A tale intento si possono eseguire la resezione dell'anca, la sezione lineare o cuneiforme del collo, ma meglio di tutte corrisponde l'osteotomia obliqua sotto-trocanterica.

MICHEL. — *Un caso di sarcoma dell'astragalo.* Sarebbero casi rarissimi ed il Michel ne riportò la storia di uno, intessendo la storia generale di quest'affezione.

AUFFRET. — *Morte istantanea in conseguenza dell'applicazione di un corsetto di Sayre per tubercolosi vertebrale.* Alla necroscopia si trova una sacca ascessuale e congestione in corrispondenza del punto massimo delle lesioni ossee. Il midollo spinale ed il bulbo intatti.

MANAVRY. — *Della radiografia nello studio delle fratture e delle lussazioni.* È una rivista sintetica.

KIRMISSON. — *Cura della deformità nel male vertebrale.* Gli apparecchi devono essere in generale più estesi che non lo sieno giornalmente. Volere in tutti i casi adottare un modello unico è contrario ai principî più elementari di meccanica.

Centralblatt für Chirurgie, n. 44, 45, 46, 47.

DOLLINGER. — *L'estirpazione intracranica del ganglio di Gasser senza legatura dell'arteria meningea media.* Con la base dell'anatomia dimostra che si può eseguire quest'operazione senza la legatura dell'arteria meningea media, e ciò gli è riuscito in cinque casi e ciò perchè il ramo anteriore di quest'arteria nel più della metà dei casi è raccolto nella porzione anteriore ed inferiore del parietale in un canale osseo chiuso e solo in una piccola porzione sta allo scoperto.

LAUENSTEIN. — *Dimostrazione della deviazione del collo del femore nella coxa-vara con i raggi Röntgen.* È la conferma di quanto è stato detto da altri, dimostrando che nel suo caso la deviazione era dai 75-80°.

HOFMANN. — *Sull'uso del filo metallico come riparazione durevole dei difetti di continuità delle ossa specialmente del mascellare inferiore.* Cita vari casi, nei quali un tale uso riuscì profittevole, non solo pel mascellare, ma anche per la tibia.

WITZEL. — *Osservazioni sulla tecnica dell'applicazione della filigrana intrecciata e sull'uso suo nella fissazione dei reni mobili.* Ha potuto constatare con tale mezzo la guarigione senza recidiva e per prima in 10-12 giorni.

HOMMESFAR. — *Sulla profilassi nell'asepsi.* È la solita questione dell'uso dei guanti e non operare casi asettici quando se ne sono operati dei settici da poco tempo.

WITZEL. — *Sulla pielocistostomosi nella cura dell'idronefrosi.* Aprire una comunicazione pel passaggio delle orine all'esterno.

Archiv für Klinische Chirurgie. Band. LXII, Heft I.

I. HELLING. — *Studi sulla chirurgia dello stomaco.* (In corso di pubblicazione).

II. EISELBERG. — *Dei restringimenti del piloro.* (Vedi Clinica Chirurgica. Congresso Tedesco di Chirurgia, pag. 381 del 1900).

III PAYR. — *Sulla tecnica della sutura dei vasi e nervi ed in special modo sull'uso dei metalli riassorbibili in Chirurgia.* Vedi Clinica Chirurgica. pag. 381 del 1900.

IV. PETERSON. — *Sull' occlusione intestinale dopo la gastroenterostomia.* (Vedi Clinica Chirurgica pag. 380 del 1900).

V. SAMTER. — *Sulla cura operativa della lussazione della spalla.* (Congresso Tedesco di Chirurgia).

VI. GOTTSTEIN. — *Fonazione dopo l'estirpazione della laringe.* (Vedi Clinica Chirurgica, pag. 380 del 1900).

VII. SUDECK. — *Dell'atrofia acuta inflammatoria delle ossa.* (Vedi Clinica Chirurgica pag. 378 del 1900).

VIII. DESSEL HAGEN. — *Sulla cura operativa delle cisti del pancreas.* (Vedi Clinica Chirurgica pag. 378 del 1900.

IX. DESSEL HAGEN. — *Sulla cura operativa delle ernie ombelicali e della linea alba.* (Vedi Clinica Chirurgica pag. 381 del 1900.

X BUNGE. — *Sulla patogenesi e terapia delle varie forme di gangrena delle estremità inferiori.* (Vedi Clinica Chirurgica pag. 381 del 1900).

XI. DESSEL HAGEN. — *Sull'estirpazione della milza.* (Vedi Clinica Chirurgica pag. 378 del 1900)

XII. WOLF. — *Sull'operazione radicale del cancro del retto.* La statistica del Bergmann, che è quella riportata dal Wolf, si divide in due periodi: in un primo che va dal 1883 al 1888 la mortalità è dell'11,3 per cento, in quello invece che va dal 1888 al 1900 è del 32 per cento. In tutti i casi di carcinomi molto elevati ha fatta la resezione sacrale alla Schlange. La statistica del 1888-1900 riguarda 125 operazioni radicali; di queste 60 amputazioni e 65 resezioni. Degli amputati perirono in conseguenza dell'operazione 9. Di 39 amputati, dei quali si poterono rintracciare notizie, 12 ne vivono ancora, di cui uno con recidiva tre anni dopo l'operazione. Gli altri 11 sono liberi di recidive da 3-11 $^1/_4$ anni. Dei 65 resecati morirono in conseguenza dell'operazione 31, di cui 20 immediatamente 13 per collasso. Di 28 che fu ritrovata la traccia, 8 vivono tuttora, di cui 1 con recidiva, 7 senza recidiva da 1 $^1/_2$ ad 11 anni. Soltanto in due su 18 la non recidiva data da più di 3 anni, ma l'incontinenza è completa. Nove pazienti erano completamente continenti, 7 relativamente.

Archiv für klinische Chirurgie, Band LXII, Heft. II.

XIII. TUSINI. — *Dell'actinomicosi del piede* (vedi Clinica Chirurgica, pagina 862 dell'anno 1899).

IV. RELLING. — *Studi sulla chirurgia dello stomaco.* Ha fatto varie ricerche sperimentali sulla gastro-enterostomia. Dice che gli ostacoli sulla parte inferiore del duodeno e superiore del digiuno non devono essere trattati con la gastro-enterostomia, ma bensì direttamente. La sola garanzia

perchè rimanga aperta la fistola fra stomaco e tenue è nella chiusura de' piloro. Nei ventricoli molto dilatati è da aggiungersi alla consueta gastro-enterostomia una entero-anastomosi, mentre però non occorre nella stenosi del piloro. I pasti solidi possono togliere sicurezza alla sutura. Dopo la gastro-enterostomia, per l'albume d'uovo ed i grassi la digestione si compirà nell'intestino perchè cessa lo stimolo per la secrezione del fegato e del pancreas. Dopo la gastro-enterostomia gli acidi si neutralizzano male, ma quando sono passati nel duodeno stimolano l'intestino. Il migliore processo è quello di Hacker con enteroanastomosi.

V. Küster. — *Sui guanti nelle operazioni.* Dopo varie ricerche non può raccomandare nè quelli di gomma, nè di filo. Quelli di gomma costituiscono un pericolo per la grande quantità di germi che migrano entro la pelle. Altri difetti hanno gli altri, per cui ne consiglia l'abbandono.

VI. Marx. — *Sulla dimostrazione dei batteri.* Adopera del brodo col 5 per cento di glicerina, e lascia il pus là dentro per 12 ore e a 39°. I migliori risultati si hanno per gli streptococchi, ma anche per il Bacillus prodigiosus.

VII. Lexer. — *Operazione di un'inclusione fetale della cavità addominale.* È la descrizione del pezzo anatomico importante.

VIII. Lexer. — *Fenditura mediana congenita del naso.* Vi era per questo un difetto della palpebra superiore, asimetria del mascellare.

IX. Ball. — *La mucosa gastro-intestinale come porta d'ingresso delle infezioni piogene.* Vi ha introdotto il materiale per mezzo di una sonda, e su 40 conigli infettati ne morirono 7 dopo 2-3 giorni per infezione generale e si trovarono streptococchi nell'essudato peritoneale. All'esame microscopico si trovarono cocchi non soltanto nell'epitelio della mucosa, ma nei vasi linfatici e sanguigni della sotto-mucosa e nei vasi del mesenterio. Crede che i piogeni acquistino virulenza nella mucosa gastro-intestinale.

XX. Dettoner. — *Ricerche batteriologiche sulla disinfezione delle mani e specialmente dei guanti di gomma.* Adopera i guanti di gomma ma li tiene in una corrente continua dopo di averli messi per mezzo minuto, od un minuto.

XXI. Prutz — *Considerazioni sulla statistica dell'estirpazione del cancro del retto per la via sacrale.* Sono 563 operazioni con 81 morti, e cioè il 14,3 %. Questa è la statistica di Pichler, mentre quella di Prutz su 542 operazioni, raccoglie 115 morti, e cioè il 21,2 per cento.

XXII. Neumann. — *Sulla appendicite e suoi rapporti coi traumatismi.* Su 152 casi osservati ha trovato soltanto 10 volte una tale causa.

Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Band. LVII Heft. 3 e 4 ottobre 1900.

XII. Derost. — *Dell'apparato linfatico della laringe e trachea e suoi rapporti per la diffusione dei processi morbosi.* Nella tubercolosi laringea sono le glandole pre-laringee quelle ammalate e riconoscibili anche in vita. Struttura dell'interno della laringe ed abbondanza di linfatici sono le cause di diffusione di prodotti morbosi e specialmente del cancro; tanto è vero che si trovano metastasi nelle glandole laringee e nelle profonde. Se si tratta di tubercolosi sono le glandole prelaringee. Bisogna nelle operazioni fare sempre attenzione alle glandole.

XIII. Hartmann. — *Cura delle suppurazioni sinoviali primarie acute delle grandi articolazioni.* Da prima iniezione di acido fenico al 5 %, poi puntura e consecutiva introduzione di un piccolo drenaggio aiutandosi con la ca-

nula del trequarti. In casi gravi incisione alla Volkmann e drenaggio. Nelle suppurazioni del piede incisione arcuata fra malleolo e malleolo e poi drenaggi. Prima di amputare sempre la resezione, eccetto nei bambini specialmente per l'anca, che conviene ripulire e mettere a posto.

XIV. Ratzenstein. — *Dei corpi estranei nelle articolazioni con osservazioni sull'asepsi operativa ed esportazione di un menisco.* Si asportano i corpi estranei mercè ampie aperture e taglio dei legamenti, usando le massime precauzioni.

XV. Fischer. — *L'osteomielite traumatica purulenta del cranio.* Sono le storie di 107 casi con relative considerazioni.

XVI. Zimmermann. — *Un osteoma del seno frontale.* Caso clinico, nel quale la superficie anteriore del frontale era perforata e nel punto di perforazione vi era un tumore bernoccoluto a superficie aguzza coperta da una membrana. Venne asportato.

XVII. Gerulanos. — *Complicazioni polmonari post-operative.* Su 93 morti nella Clinica di Helferich a Kiel ve ne furono 18 per affezione polmonare, di cui 11 in cui l'affezione stessa era in relazione con l'operazione ed il processo morboso. Infatti in due vi era edema polmonare consecutivo a frattura della base del cranio e consecutiva polmonite; in 7 polmoniti da aspirazione dopo estirpata la lingua, in una caverna polmonare dopo l'operazione radicale di ernia ombelicale, ed in un ultimo infarto polmonare consecutivo ad un flemmone della mano squarciato.

XVIII. Franz. — *Contributo allo studio dei corpi mobili articolari.* Da un'operazione clinica rileva che un trauma indiretto può produrre delle gravi lesioni articolari e fratture senza strozzamento di legamenti.

XIX. Bibbliografie.

Beiträge zur Klinische Chirurgie, Band. XXVIII, Heft. II, settembre 1900.

VIII. Meisel. — *Fistole anali con ulcerazione epiteliale.* Sono due casi nei quali fu trovata ulcerazione epiteliale, con diverticoli.

IX. Zimmermann. — *Sull'operazione ed esiti della resezione dell'intestino crasso per carcinoma.* Dopo di avere fatta la storia del carcinoma del crasso espone 12 casi (in 4 fu fatta la resezione circolare, in 2 l'estirpazione del ceco e parte dell'ileo, con impianto dell'ileo nella ripiegatura dopo resezione di 15 cent. di ceco e 10 cent. di ileo, 2 casi di entero-anastomosi primitiva con consecutiva estirpazione del tumore). Il trattamento consecutivo per le prime ventiquattro ore è di clisteri nutritivi, qualche cucchiaio di brodo e di the, e dopo 8-10 giorni carne. Dal 1881 al 1900 vennero veduti nella Clinica di Zurigo 36 casi di carcinoma del crasso, di cui 15 della ginocchiatura sigmoidea, 9 del ceco, 3 riguardanti il colon ascendente trasverso e discendente, e 2 della ripiegatura splenica.

X. Stiassny. — *Le lesioni per impalamento.* Ne riporta 127 casi descrivendo le varie lesioni della vescica, utero, uretra, ecc. siano esse intraperitoneali come estraperitoneali. Parla prima delle lesioni del sacro.

XI. Kramer. — *Sulla neurolisi e sutura dei nervi* (Lavoro in corso di pubblicazione): intanto cita le storie di 22 casi di sutura di nervi, di cui 1 del radiale, 11 del mediano, 1 dell'ulnare, 1 del plesso.

XII. Schaefer. — *Dell'enfisema cutaneo dopo lesioni da arma da fuoco.* È la storia di un caso, nel quale l'enfisema era della mano, e la guarigione avvenne con le iniezioni dopo sbrigliamenti della ferita.

XIII. GRZES. — *Sulle conseguenze della legatura della vena safena alla Trendelenburg per varici delle estremità inferiori.* Sono le storie di 17 casi, nei quali due volte ha osservata la trombosi della grande safena. Nella letteratura si trova il 76,7 % di guarigioni. Yung darebbe l'86,2 %.

XIV. HAECHER. — *Parziali rinoplastiche con lembi presi dalla faccia.* Storie cliniche.

XV. LOTHEISSEN. — *Cura operativa dell'ectopia di vescica.* Storie cliniche di due casi.

XVI. KAPOSI. — *Statistica della Clinica di Heidelberg a proposito dell'appendicite.* Sono 70 casi, 18 donne e 52 uomini, di cui 1/3 dai 10-20 anni. Ha il 59 % di guarigione, il 9,6 di mortalità, per gli ammalati acuti, e il 22,3 % di guarigione per i casi cronici.

Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie, 6 Vol. fascicolo III, IV e V.

VIII. LONPREHER. — *Sopra le trasfusioni di cloruro di soda* (Clinica Chirurgica di Monaco). L'A. dopo aver accennato alla trasfusione del sangue ormai caduta in disuso dice essere ormai universalmente adottata in sua vece la trasfusione di soluzioni di cloruro di sodio.

L'uso di soluzioni sodico clorurate a scopo medico risale al 1830 ma allora venivano somministrate o per via boccale o per clistere e solo più tardi si venne alle applicazioni intravenose e ipodermiche.

Le dosi che l'Autore propone sono diverse in ciascun caso e così:

In anemia acuta 1000-1500 ccm. a 40° più volte.

In perdite croniche di sangue 500 cm. a 40° quotidianamente per lungo tempo. Dopo gravi operazioni e lunghe narcosi senza notevole emorragia 500 cm. di soluzione molto calda eventualmente ripetuta.

Nello stesso caso ma con abbondante emorragia la stessa dose ogni tre ore.

Nelle malattie settiche e da intossicazione infusioni giornaliere continuate di 1000-2000 di soluzione alla temp. del corpo.

Combinazione dell'infusione coll'introduzione della soluzione nello stomaco e nell'intestino e colla somministrazione di analettici ed eccitanti.

Per facilitare la tecnica delle infezioni sottocutanee Feis e Schwalm hanno proposto delle pastiglie di 3 gr. di cloruro di sodio chimicamente puro. Per ottenere una soluzione atta ad essere iniettata se ne devono sciogliere 1 in un litro di acqua.

IX. HERMANN. — *Sulla recidiva dopo l'operazione dei calcoli biliari.* L'A. riferisce il quadro clinico di 4 casi.

X. STENBECK. — *Un caso di cancro cutaneo guarito coi raggi Röntgen* Le indicazioni per l'applicazione in terapia dei raggi Röntgen crescono ogni giorno e l'A. riferisce la storia di una donna di 27 anni affetta da cancro del naso, guarito con questo mezzo.

La paziente fu sottoposta a sedute giornaliere della durata di 10 o 12 minuti. Dopo 4 sedute incominciò la reazione; dopo 35 il tumore cominciò a detergersi e in seguito si ebbe completa guarigione.

XI. EHRET e STOLZ. — *Contributo sperimentale colla colelitiasi.* Nella prima parte di questo lavoro (sul contorno di germi della bile normale) gli AA. in seguito ed esperimenti su cani e vitelli concludono che:

I germi che si trovano nella bile normale provengono di regola dallo

intestino Non è escluso però che possano provenire dalla via sanguigna ma questi sono casi eccezionali che stanno ad indicare il passaggio a processi patogeni.

XII OPPENHEIM. — *Contributo alla diagnosi locale dei tumori cerebrali.* Presenta il quadro clinico di 7 casi di tumori cerebrali.

Nel primo si aveva un tumore nell'emisfero di sinistra.

Il secondo paziente presentava un tumore del lobo parietale destro sui confini della circonvoluzione centrale colla prima temporale.

Il terzo un tumore del cuneo e procuneo.

Il quarto un carcinoma dell'emisfero cerebrale sinistro.

Il quinto un ascessso del lobo temporale sinistro.

Il sesto disturbi cerebrali in seguito a processi dei seni frontali e di Higmoro.

XIII. ENGELHARD. — *Contributo anatomo-patologico e clinico allo studio delle emorragie in seguito a tracheotomia.* Si occupa delle erosioni che possono avvenire sulle arterie e vene.

XIV. BORCHGREVINZ. *Sulla critica della laparotomia nella tubercolosi peritoneale.* Contributo clinico e sperimentale allo studio della tubercolosi peritoneale.

L'A. dice che in quei casi i quali trascorrono senza o con leggiera febbre non è necessaria la laparotomia, la quale invece è utile nei casi con febbre continua e progressiva e che non è da praticarsi in tutti gli altri casi.

XV. MÜGSAM. — *Esperimenti sulla questione dell'autoperistalsi.* L'A. riporta le teorie di varî autori, ed i risultati dei proprî esperimenti e ne viene alla conclusione pratica che quando esiste la peristalsi è possibile una buona nutrizione pel retto e che quando non esiste la vera peristalsi possono giovare, per la nutrizione rettale, i movimenti a pendolo di Grützner.

XVI. HIRSCHFELD. — *Sulle adesioni peritoneali per ulcera del ventricolo e osservazioni sulla terapia chirurgica dell'ulcera del ventricolo.* L'Autore riferisce diversi casi clinici e per risultato pratico dà le seguenti indicazioni terapeutiche.

La indicazione dell'ulcera è indicata:

1.° Nelle emorragie acute.

2.° Nei casi nei quali una piccola ulcera della parete anteriore del ventricolo presenta il pericolo di perforazione nella cavità addominale.

3.° Nelle aderenze colla parete addominale anteriore o cogli organi vicini.

4.° È ancora dubbia la utilità della resezione nel cancro dello stomaco.

XVII. MICZAKE. — *Sulla formazione artificiale di calcoli biliari con speciale considerazione dei bacteri delle vie biliari.* Nel suo accurato studio l'A. si propone e risolve i seguenti quesiti: se nelle condizioni normali vi siano bacteri nelle vie biliari, e di quale specie siano; se in condizioni patologiche possano svilupparsi bacterî nelle vie biliari, e quali specie di bacterî; come si comportano i bacterî importati artificialmente nella vescicola biliare e se vi ha una infezione ematogena della bile; che cosa concorra alla formazione delle concrezioni nella cistifellea.

XVIII. BORRMANN. — *Sopra i tumori e pseudo-tumori peritoneali con osservazioni sopra i miomi dello stomaco.* L'A. dimostra in questo studio che solo una volta i tumori primarî dell'addome sono peritoneali, ma nella

grande maggioranza dei casi provengono o dallo stomaco o del colon trasverso e si spingono innanzi soltanto fra le lamine del piccolo o del grande omento, o del segmento gastrocolico, a seconda del luogo dello loro origine.

XIX. Gottstein — *Tecnica e Clinica dell'esofagoscopia, I. Parte generale.* L'A. fa un cenno sulla storia dell'esofagoscopia e riferisce alcune esofagoscopie praticate da lui stesso in casi di tumori corpi estranei, ecc.

Descrive quindi la tecnica dell'esofagoscopia e gli strumenti, le indicazioni e le controindicazioni e i pericoli dell'esofagoscopia.

XX. F. Umber. — *Piopneumotorace subfrenico sulla base di una peritiflite senza perforazione* L'Autore così riassume le sue osservazioni cliniche.

Un piopneumotorace subfrenico si sviluppa in coincidenza di un peritiflite larvata con forte meteorismo e probabilmente dovuto a un paracoli bacillus producente gaz e senza perforazione dell'intestino.

Il grave processo fu completamente guarito con una cura chirurgica radicale.

XXI. E. Krahn. — *Contributo all'etiologia del noma,* L'Autore riferisce le ricerche e le opinioni dei varî autori sull'etiologia della malattia e riporta due casi di noma che furono oggetto de' suoi studî dai quali trae la seguente conclusione:

Il noma è dovuto ad una infezione mista per parte del microrganismo della bocca e specialmente dello spirillo sputigeno e dello spirochaeta dentium, i quali penetrano profondamente in grandi masse nei tessuti sani. Quanto grande sia la loro compartecipazione all'insorgenza del noma non è ancora stabilito, specialmente perchè la malattia non attecchisce negli animali, tuttavia è molto probabile che i noti bacterî della bocca stieno in rapporto coll'etiologia dell'uomo.

XXII. Mohr. — *Sul trattamento della degenerazione policistica del rene.* Descrive un caso clinico.

XXIII. Mintz. — *Atrofia giallo-acuta del fegato come complicazione della epitiflite.* Caso clinico.

XXIV. Merkeus — *Sopra la peritonite generale in seguito ad appendicite.* L'A. distingue una peritonite purulenta progressiva e una peritonite diffusa e dà le norme per l'intervento operativo.

XXV. Adicon. — *Sopra un caso singolare di tetano.* Caso clinico.

XXV. Wagner. — *Sopra l'uso di iniezioni sottocutanee di gelatina per la emostasi.* Secondo l'Autore questo è un mezzo sicuro e pronto anche per le più forti emorragie.

Mitteilungen aus den Gramgebieten der Medizin und Chirurgie Band VIII Heft, I. — 1900.

I. Hermann Schloffer. — *Sui restringimenti dell'intestino da trauma.* L'occasione di avere osservato un caso nella Clinica del prof. Wölfler a Praga gli ha fatti ricercare quelli noti nella letteratura ed intraprendere una serie di esperienze per concludere che tali stenosi si producono in conseguenza di una ripiegatura della parete intestinale in modo da avere una incipiente invaginazione. La formazione di una tale stenosi è prodotta a scapito della rigidità della parete intestinale e sarà favorita da distruzione della musculatura in conseguenza del trauma; 2.° restringimenti cicatriziali circolari dell'intestino possono essere la conseguenza del trauma della parete intestinale. Deve prendersi anche in considerazione la distru-

zione di alcune porzioni della parete intestinale, per cui se di alto grado possono non dar luogo a stenosi. Sono specialmente le lesioni della sottomucosa che danno luogo a stenosi. 3.° Anche senza lesione dell'intestino si possono avere stenosi cicatriziali che sono però in rapporto con lesioni del mesenterio. In tali casi ci sono lesioni vasali che disturbano la circolazione e quindi necrosi. 4.° Anche le rotture complete o parziali dell'intestino conducono alle medesime conseguenze. 5.° Forse le stenosi da trauma avvengono anche perchè il trauma dette luogo a stenosi. 6.° Anche le distruzioni parziali dell'intestino per rottura della sua parete possono dare luogo a stenosi. 7.° Lo stesso può accadere per le adesioni e briglie omentali che sono le conseguenze di un trauma intestinale.

II. Danber. — *Sulla contrazione spastica del cardias e sue conseguenze.* Lo studio di tre malati e varie osservazioni lo conducono a provare come si abbia catarro, ipertrofia ed atonia del ventricolo; e quindi tutti i disturbi inerenti a queste condizioni.

III. Rehn. — *La cura chirurgica del Morbo di Basedow.* Su 177 casi di resezione del gozzo ha trovati 102 guarigioni, 47 miglioramenti, 4 stazionarî e 24 casi di morte. Di operazioni sul simpatico ne ha raccolte 32 con 9 guarigioni, 16 miglioramenti, 4 stazionarî e 3 morti. La legatura dei vasi dette su 20 casi, 5 guarigioni, 10 miglioramenti, 1 stazionario e 4 morti.

RASSEGNA DELLA STAMPA

Engelmann Fritz. — *L'eucaina B nell'anestesia midollare.* (Münchener medicinische Wochenschrift, N. 44). Ha pensato l'Engelmann di sostituire alla cocaina l'eucaina B. — Il 19 luglio alle 7 di sera si fece iniettare, con tutte le precauzioni volute un centigrammo di eucaina alla regione lombare del midollo. Non fu dolorosa. Dopo iniettata ebbe la sensazione di informicolamento dei due piedi, ma non anestesia e nessuna diminuzione della sensibilità al dolore. Una mezz'ora dopo l'iniezione risentì verso il sacro leggeri dolori lancinanti, che si accrebbero in seguito a tal punto che verso le dieci non poteva più rimanere seduto. Verso la medesima ora provò malessere generale e vomitò abbondantemente. Poi ebbe otto o dieci brividi, ed un violento dolore alla testa. — Il polso a 65, era piccolo ed irregolare. In letto i dolori sacrali scomparvero, ma la cefalalgia era insopportabile; si aggiunse della dispnea, dell'ansietà precordiale ed agitazione. — Verso mezzanotte la temperatura era di 38,7 ed il polso a 85. — Un'iniezione di un centigrammo di morfina fece sparire questi sintomi, sudori abbondanti, sonno interrotto. — Il giorno dopo, ad otto ore del mattino, temperatura a 37,5, polso a 65; cefalea di media intensità che non gli impedì di fare il proprio servizio. — Tutto il giorno ebbe dolori sacrali e cefalea che persistè per 8 giorni, e non cedette ai consueti antinevralgici; solo il riposo lo calmava. — Non scomparve che il nono o decimo giorno. Concludendo, un insuccesso completo.

Santoro Giuseppe. — *Anestesia colla cocaina.* (Giornale Medico del Regio Esercito. N. 10, ottobre 1900). Le conclusioni a cui viene sono le seguenti:

1.° i metodi di anestesia cocainica, applicati con le prescrizioni necessarie, ed opportunamente sono innocui; 2.° la cocainizzazione del midollo è preziosa quando specialmente la cloronarcosi è controindicata; 3.° l'anestesia midollare merita d'essere presa in considerazione dai medici militari, costituendo essa un' utile risorsa nella chirurgia di guerra.

Domenichini Giulio. — *Intorno alla cocainizzazione del midollo spinale* (Supplemento del Policlinico, N. 1, 1900). L' ha adoperata due volte. Vide elevamento di temperatura, ma non molto accentuato, cefalea, lieve irritazione, difficoltà nella minzione spontanea. — Malgrado ciò crede che la cocainizzazione lombare sia consigliabilissima.

Pirelli Bernardino. — *Le iniezioni ipodermiche di sublimato corrosivo nella febbre suppurativa.* (Gazz. internazionale di Medicina pratica, N. 19 e 20). È la storia di sette casi nei quali usò le iniezioni di sublimato corrosivo alla dose di un centigrammo per la durata di tre sino a 17 giorni a seconda della gravità della suppurazione ed intensità della febbre. Consiglia di usarlo anche precocemente, e cioè quando vi è suppurazione, se non ancora è sopraggiunta la febbre.

Righi. — *La tossina del tetano nel sangue e negli organi di animali recettivi a questa malattia.* (Giornale Internazionale di Medicina pratica, N. 19 e 20). Da una serie di esperienze deduce che il veleno è incorporato dalle cellule bianche e ciò lo dimostra: 1.° l'alto potere antitetanico del sangue e in specie dell'essudato del peritoneo di animali immunizzati che deve pur avere un fondamento in una capacità iniziale ad assorbire la tetanotossina nei leucociti, quelli stessi che interverrebbero a proteggere l'organismo dalla tetanotossina iniettata in unione a sostanza nervosa; 2.° la leucocitosi più o meno intensa in seguito all' iniezione di parecchie dosi mortali nella cavia (non invece per quantità eccessiva) come pure nel pollo entro limiti relativi minori; 3.° un motivo di analogia, cioè la fissazione di una maggiore quantità di veleno da parte dell'essudato peritoneale del pollo normale che del suo sangue.

Orlandi Edmondo. — *Su di un caso di tetano curato col siero Tizzoni.* (Gazzetta Medica di Torino, N. 44). È la storia di un caso susseguito da guarigione. — È interessante il fatto della comparsa di ematuria coincidente con il miglioramento dei fenomeni imputabili alla causa morbosa.

Baiardi Daniele. — *Contribuzione allo studio degli angiomi muscolari primitivi.* (Clinica Medica, N. 43, 44 e 45 del 1900). È la descrizione di quattro angiomi, dei quali uno appartiene alla varietà cavernosa, circoscritta; due sono angiomi varicosi diffusi, ed uno rappresenta una forma mista di angioma capillare, arteriosa e cavernosa. Nella storia dei casi pubblicati negli ultimi 57 anni, ne ha trovati registrati 48, di cui 25 appartengono alla forma cavernosa, 4 a quella venosa, 3 alla forma capillare ipertrofica, ed uno solo alla forma arteriosa pura. Degli altri non si saprebbe dire a che forma appartenessero.

Longo Nicola. — *Tre casi non comuni di lesioni traumatiche* (Gazzetta Internazionale di Medicina Pratica, N. 19 e 20). Sono tre casi, e vi è uno di ferita da punta e taglio della laringe, e sostiene l' utilità della sutura primitiva anche nelle ferite longitudinali: uno di lussazione posteriore del carpo, della quale non è ancora bene studiato il meccanismo, in quanto in generale le prove sperimentali danno luogo a fratture radiali; ed uno

di lussazione laterale esterna della tibia sinistra, di cui rarissimi sono i casi registrati in letteratura, e che si produsse o per azione traumatica diretta portando il femore in dentro e la tibia in fuori, oppure indirettamente inclinando la gamba in dentro e producendo una diastasi esterna dell'articolazione del ginocchio.

Fiori Telesforo. — *Paralisi isolata del nervo trocleare sinistro da causa traumatica* (Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche N. 138). Dalla storia di questo caso l'Autore trae le seguenti conclusioni: 1.° Ad un trauma violento esplicatosi nella regione fronto-temporale destra con lesioni delle parti molli ed integrità delle ossa craniensi, seguì il ritorno normale di tutte le funzioni psichiche e somatiche: 2.° In 12ª giornata si manifestò la paralisi isolata del 3.° paio di sinistra: 4.° La paralisi del trocleare sinistro è al presente totalmente scomparsa: 5.° È probabile che la paralisi del trocleare sinistro fosse dovuta a fatti indiretti di un focolaio di contusione stabilitosi primitivamente in seguito al trauma a carico della sostanza nervosa che circonda l'acquedotto di Silvio e presso il nucleo di origine del 4° paio di sinistra, nucleo che trovasi a destra della linea mediana.

Fournier Alfred. — *Rapporti fra la leucoplasia buccale con la sifilide ed il cancro* (Gazzette Hebdomadaire N. 91 1900). Le conclusioni a cui viene l'illustre sifilografo sono le seguenti: 1.° La leucoplasia è un'affezione quasi esclusiva dell'uomo (319 casi su 324): 2.° Deriva indubbiamente da due cause principali, essenziali, e cioè sifilide e tabacco: 3.° Termina nel cancro della bocca con una proporzione di frequenza certamente molto superiore al 30 per cento dei casi: 4.° Anche quando infierisce su dei soggetti sifilitici, con la sifilide per causa innegabile, si mostra assolutamente refrattaria alla cura detta specifica della sifilide: 5.° Nosologicamente rientra nel quadro delle affezioni attualmente nominate sotta la rubrica di malattie parasifilitiche: 6.° Finalmente aggiunge indirettamente per la sua consueta terminazione in cancro buccale un terribile carattere alla prognosi della sifilide, in quanto un gran numero di sifilitici muoiono di cancro buccale per l'intermediario della leucoplasia.

Linguiti Eduardo. — *Due forme non comuni di aneurisma artero-venoso-giugulo-carotideo — Quadruplice allacciatura — Estirpazione del sacco — Descrizione del fascio muscolare del collo* (Gazzetta Internazionale di Medicina Pratica N. 21). Dalle descrizioni dei due casi conclude: 1.° che la vera cura radicale degli aneurismi artero-venosi è l'estirpazione del sacco, previa duplice allacciatura dei vasi, che concorrono a formarlo, anche se per attenersi a questo concetto bisogna estirpare un non breve tratto di grossi ed importanti vasi. Sola contrindicazione potrebbe considerarsi l'età perchè nei vecchi le emorragie prolungate ed importanti non sono sopportate con facilità e perchè quasi sempre lo stato delle pareti vasali (rigidità per arterio-sclerosi) rende difficile lo stabilirsi della collateralità, già difficoltata per la soppressione di molti rami, conseguenza dell'abolizione di lungo tratto dei vasi principali; 2.° la circolazione endocranica non è stata per niente ostacolata o disturbata in entrambi i casi e si pensi che non si trattava di semplice allacciatura della carotide primitiva, ma di questa e dei suoi due grossi rami. In entrambi i casi si è dovuto resecare tutta la carotide primitiva nella sua posizione cervicale; 3.° In simili circostanze

è opportuno praticare di elezione la divisione trasversale del muscolo sterno-cleido prima di aggredire il tumore aneurismatico; solo riuscirà agevole e sollecito l'espletare l'operazione, aprendo una larga breccia, che facilita l'osservazione di fatti locali.

Setti Giovanni. — *Due gravi casi di croup difterico guarito con la sieroterapia* (Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche N. 138). Sono due storie cliniche, che vanno aggiunte a quelle già registrate, che dimostrano l'utilità della sieroterapia.

Parascandolo Carlo. — *Actinomicosi del polmone dal punto di vista chirurgico* (La Clinica Moderna N. 45, 1900). Riporta le storie dei quattordici casi noti in letteratura, e fa osservare che nei casi, nei quali non fu fatta operazione radicale, la morte è stato l'esito certo; e la guarigione avvenne solo nei due casi, in cui venne eseguita questa operazione. Ci sono anche due casi di Schlange, nei quali la guarigione avvenne spontaneamente, ma in uno si trattava di una forma circoscritta in cui fu possibile che la cavità ferita curata solo col tamponaggio all'iodoformio guarisse in tre mesi e l'actinomicete scomparisse gradatamente; l'altro era un caso più raro poichè si trattava di un vasto versamento pleurico con numerosi granuli actinomicotici e anche nello sputo esistevano, senza però altri fenomeni polmonari, per cui con la semplice puntura fu possibile la guarigione.

Ferranti Secondo. — *Sull'exonfalo* (Supplemento del Policlinico N. 3, 1900). A proposito di un caso a lui occorso fa la storia dell'affezione e dei mezzi usati a curarlo, e con l'appoggio del suo caso afferma che col bendaggio si può ottenere la completa guarigione anche di ernie voluminose anche in tempo breve, perchè la cicatrice ombelicale che ne risulta agisce da forte barriera.

Pomara Domenico. — *Una laparotomia per eventrazione* (Gazzetta degli Ospedali e Cliniche N. 141). È un caso, il quale secondo l'Autore ci apprende che è utile ritardare l'ablazione dei punti di sutura agli ammalati molto nervosi ed inquieti; che rifacendo la sutura è utile rifarla in tre piani; che difficilmente si può contare sulla seta del commercio.

Marocco Giacomo. — *Dell'ulcera duedonale.* (La Riforma Medica N.° 269, 270, 271, 272, 273). E la storia di due casi occorsi nella Clinica del Prof. Tricomi. Prima espone la storia di quest'affezione illustrata pel primo da Hlinger nel 1861. A proposito della cura chirurgica scrive così: « Fu per molto tempo limitata alle sole complicanze e fra tutti gli altri troviamo gli interventi di Percy-Dean (1893) che escise con buon resultato e suturò il tratto di duodeno, sede di un'ulcera perforata; di Scheild (1894) che eseguì due laparotomie, con lavatura del peritoneo e fognatura del cul di sacco pelvico in seguito a perforazione duodenale; lo stesso autore riferisce tre casi di Lokwood di ulceri duodenali da scottature, constatate dopo la autopsia; anche lo Schwartz nel 1898 riferisce 4 casi di ulcera duodenale perforata in cui intervenne tre volte con la laparotomia e tutte e quattro finirono con la morte; Routier ed Hartmann riferiscono anch'essi casi analoghi. Nella tornata del 19 gennaio 1898 il Tuffier comunica alla Società di Chirurgia di Parigi, di avere operato di laparotomia un caso di ulcera duodenale perforata in cui la morte avvenne 24 ore dopo la operazione; ed il Michaux a proposito ricorda di essere intervenuto due volte

in casi simili ottenendo per risultato un morto poche ore dopo la operazione ed una guarigione senza incidenti. Nel 1899 il Lennander ed il Paganstecher si occupano della cura chirurgica delle ulceri duodenali perforate, ed il Pagenstecher raccoglie 29 casi in cui si intervenne chirurgicamente senza avere potuto fare prima la diagnosi di perforazione. Il Perry cita 28 casi in cui essendo intervenuto chirurgicamente dopo la perforazione si ebbero solo 4 guarigioni. Nel 1900 il Kiefer intervenne 2 volte escidendo il tratto di duodeno perforato ed ebbe in entrambe guarigione. Le prime operazioni per ulcera duodenale in corso di evoluzione rimontano al 1884; esse si devono al Rydigier un caso, al Billroth un caso, e 2 casi a Lauenstein: l'indicazione per l'intervento fu determinato dalla stenosi cicatriziale, e nel caso di Billroth da stenosi tubercolare; l'operazione eseguita fu la gastroenterostomia, che diede risultato operatorio e funzionale in tutti quattro i casi. Dal 1892 al 1895 il Doyen eseguì 5 volte la gastroenterostomia per ulcera o per stenosi duodenale, riportando 4 guarigioni. Nel 1899 il Codivilla 2 volte, il Carle una volta; il Perry 10 volte, l'Heidenhain tre volte hanno curato con la gastroenterostomia (1) l'ulcera e le stenosi del duodeno, e solo 4 volte l'esito è stato totale in un caso di Perry, nei due di Heidenhain ed in quello di Carle. Il Ledderhose nell'aprile del 1899 comunica di avere operato di gastroenterostomia un infermo di stenosi cicatriziale dalla parte inferiore del duodeno. Dal 16 settembre 1899 al 9 maggio 1900 il Tricomi è intervenuto quattro volte con la gastro-enterostomia per ulcera duodenale in corso di evoluzione, riportando due guarigioni ». Nella statistica riportata dal Marocco in 28 casi di gastroentorostomia per ulcera duodenale in corso si sarebbero avute 21 guarigioni operative e funzionali.

Pepere Alberto. — *Ricerche istogenetiche negli epiteliomi ed endoteliomi primari del fegato.* (Il Policlinico Supplemento N.° 2, novembre 1900). Sono dieci osservazioni che conducono l'Autore a queste conclusioni:

il fegato a somiglianza delle altre glandole epiteliali, è soggetto con relativa frequenza a tumori sarcomatosi che si sviluppano dall'endotelio e dal peritelio dei suoi vasi sanguigni e linfatici;

tutti i tumori primari del fegato accompagnati da cirrosi, con riduzione di volume dell'organo, o leggero aumento di esso, sono degli epiteliomi, i tumori che ingrossano il fegato, che decorrono senza cirrosi e fin'ora detti cancri midollari, carcinomi molli, ecc., sono dei sarcomi della specie endoteliale;

se in qualche caso non può negarsi con sicurezza di fatti che la cirrosi preceda lo sviluppo dell'epitelioma, il più delle volte essa è l'espressione della reazione dello stroma connettivale allo stimolo che su esso esercita la neoplasia epiteliale fin dai suoi primi stadi di sviluppo;

all'origine dell'epitelioma concorrono le cellule epatiche con maggior frequenza che le cellule dei dotti biliari;

l'ipertrofia delle cellule epatiche in zone lontane dal neoplasma epiteliale non può essere intesa come ipertrofia vicariante per la estesa distruzione di elementi glandolari, ma può sempre riannodarsi alla genesi dei tumori;

(1) Una volta sono intervenuto anch'io. Erano ulceri piloriche, prepiloriche e duodenali. Ebbi guarigione. A. Ceccherelli.

non è giustificato ritenere che l'adenoma rappresenti soltanto una stadio di sviluppo del cancro epatico, esso ha tipo costante ed individualizzato con caratteri propri e specifici;

l'adenoma solitario del fegato è di origine congenita e può accompagnarsi a malformazioni embriogenetiche che risalgono ai primi stadi di sviluppo embrionale della glandola epatica;

il cancro del fegato si origina quasi sempre con forme tubolari o cordoniformi; alla sua modificazione in struttura alveolare concorre in massima parte lo speciale sviluppo del tessuto connettivo;

i sarcomi del fegato si sviluppano in forme nodulari; generalmente non dànno metastasi che nelle sole glandole linfatiche addominali;

con la ripetizione neoplastica del sarcoma endoteliale delle glandole linfatiche si ripetono i caratteri speciali delle formazioni embrionali dei vasi, sotto forma di cordoni di cellule endoteliali o di tuboli a contenuto ematicc-linfatico.

il parenchima epatico nella neoformazione epiteliale riprende i suoi caratteri embrionali, così lo stroma nella neoformazione sarcomatosa;

l'epitelioma del fegato è più frequente nell'uomo, il sarcoma più frequente nella donna: il sarcoma endoteliale del fegato non è esclusivo dell'età più giovane, giacchè esso occorre, come l'epitelioma, anche in età avanzata della vita;

l'itterizia è costante nei tumori epiteliali del fegato e può fornire un criterio diagnostico differenziale col sarcoma; nel sarcoma l'ittero non è legato alle alterazioni interne dell'organo, ma è dovuto a cause che impediscono l'escrezione della bile (noduli che comprimono l'ilo ecc.);

l'ascite è costante nell'epitelioma per le alterazioni interstiziali del fegato, ma può essere aggravata per trombosi retrograda della neoplasia nella vena porta; nel sarcoma l'idrope manca generalmente e quando esiste essa è dovuta a compressione esercitata dal tumore sulla vena porta.

RESINELLI. — *Nuove osservazioni di versamento pleurico in donne affette da tumore dell'ovaio.* (Annali di Ostetricia e Ginecologia, N. 10, 1900). Aveva già studiato nel 1897 ventisei casi, ed ora ne aggiunge altri due, per i quali conclude che l'esperienza clinica ancora una volta ha confermato l'asserto che l'esistenza del versamento pleurico, quando non sia conseguenza di metastasi pleurica o polmonare, è per sè stessa indicazione di pronto intervento, alla buona riuscita del quale può essere di giovamento il fare precedere la toracentesi. Tale versamento indica malignità del tumore, e solo in un limitato numero di casi si osserva con tumori benigni ed allora è dovuto a complicanze in esso sopraggiunte, quali sopratutto la rottura della cisti, la suppurazione, la torsione del peduncolo.

GIORDANO DAVIDE. — *Un caso di epatoptosi e di fibromioma uterino, curato coll'epatopessia ed isterectomia.* (Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche, N. 141). È un caso che riguarda una donna di 42 anni, che da due anni provò improvvisamente dolori acuti nella regione epigastrica ed ipocondriaca destra. — Diagnosticata la epatoptosi apre il ventre con un' incisione obliqua diretta per un dodici centimetri, lungo il lembo costale destro. Recide la porzione ombelicale del legamento sospensore, impedisce una ipercorrezione della ptosi, e quindi passa un punto di robusto catgut attraverso la cartilagine xifoide stessa ed attraverso al legamento sospensore

nel suo punto di attacco al margine tagliente del fegato, lascia lunghi i capi del filo, assicurato tra le morse di una pinzetta; e partendo da questo verso l'alto, colloca altri punti, fino a dove arriva, attraverso al legamento sospensore da una parte e dall'altra lungo il lembo costale, accavallando e perforando le cartilagini costali. Collocati tutti i punti con una sonda scanalata carica di cristallini di acido fenico, striscia sulla superficie convessa del fegato, che fa quindi sostenere in alto mentre stringe ed annoda i punti. — « Il primo punto, dice, assicura i rapporti del margine anteriore coll'angolo xifo-costale; gli altri, tirando il legamento sospensore, sollevando il margine posteriore, riducendo anche la rotazione del viscere. Approfittando di poi del fatto che il lembo epatico sopra la cistifellea è povero di tessuto proprio e ricco di connettivo, lo trafiggo con un ago armato di filo che annodo attorno all' ultima costa ».

La paziente è tenuta in letto un mese a piano inclinato, e cioè spalle in basso e piedi in alto.

Clementi Gesualdo. — *La cura chirurgica dell'ascite nella cirrosi epatica.* (Rassegna Internazionale della Medicina Moderna, N. 1, anno II, 1900). Fatto un breve accenno alle varie proposte espone la storia di due casi clinici, nei quali il resultato non fu quale desideravasi in rapporto alla guarigione del processo morboso, ma senza gravità furono le conseguenze agli atti operativi. Però il Clementi, pieno di fede alla indicazione del Talma, il quale aveva scritto: « ostacolo dell'efflusso del sangue della vena porta attraverso il fegato », aggiunge questa: « La laparotomia indispensabile per la costituzione di nuove vie colletterali della vena porta potrà essere utile nella cura dell'ascite, per quella influenza ormai certa che essa esercita sopra parecchi processi peritonitici, tra i quali specialmente quello tubercolare.

Caminiti Rocco. — *Sull'occlusione intestinale da diverticolo di Meckel.* (Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche, N. 138, 1900). Ai 37 casi di strozzamento da diverticolo di Meckel illustrati dal Provera, ne aggiunge uno da lui operato il 18 maggio 1899, con morte al quarto giorno in conseguenza delle cattive condizioni nelle quali si trovava anche antecedentemente all'operazione. — Crede inutile in questi casi la enterostomia e l'ano contro-natura, e trova necessaria la laparotomia seguita da tutti quegli atti operativi e da quelle manovre cha il caso singolo richiede.

Camaggio Francesco. — *Trentasette laparotomie per lesioni violente dell'addome.* — (Gazzetta Internazionale di medicina pratica, N. 19 e 20). Nella serie dei 37 casi operati vi sono 19 laparotomie esplorative guarite ed 8 morti; vi sono poi altri 23 casi non operati e seguiti tutti da guarigione. — Afferma che 19 volte ha aperto l'addome inutilmente, mentre negli altri 8 l'intervento fu inutile perchè non ricorse ad eliminare le conseguenze del versamento del contenuto intestinale. — Sono dunque solo 10 i casi coronati di successo. — Questo, ponendolo in confronto coi 23 casi guariti senza intervento, lo farebbe persuaso della vera necessità di questo. Raccogliendo poi dai registri 1291 casi di lesioni violente dell' addome raccolti negli Ospedali dei Pellegrini e di S. Maria di Loreto trova che ne furono operati 759 con 563 guarigioni e 196 morti; sui 522 casi operati vi sono stati 458 guarigioni e 70 morti. — In tutto 1003 guariti e 288 morti. — E la conclusione? « Certo non è nelle mie intenzioni,

scrive il Camaggio, e tengo a dichiararlo a voce alta, affinchè io non sia frainteso, che non sono venuto a gridare la bancarotta della laparotomia nelle lesioni violente, ma dinanzi alla verita delle cifre si resta perplessi, e nella coscienza onesta del chirurgo sorge il dubbio sulla necessità di una moderazione nella febbre dell'attività operativa: è un grido di allarme! Ai maestri il giudizio, se esso sia o no giustificato ».

SCARCELLA e SALUPPO. — *La cura della cistite purulenta coi lavaggi al solfofenato di zinco* (La Riforma Medica N. 275 e 276). Sono nove casi curati in questo modo, dai quali deducono che le irrigazioni vescicali con soluzione di solfofenato di zinco al 2 per cento costituiscono un rimedio molto efficace nella cura delle cistiti purulente, e ciò perchè il solfofenato, mentre rappresenta un antisettico energico, è tollerato bene dall'organismo e basta da solo a combattere efficacemente e guarire radicalmente cistiti affatto ribelli.

RONCALI. — *Intorno alla cura delle nevriti ribelli del grande nervo ischiatico collo stiramento cruento* (Supplemento Policlinico N. 2, Novembre 1900). Narra la storia di un caso in un uomo di 30 anni, nel quale conseguì guarigione completa.

BIBLIOGRAFIA

L'Annèe Chirurgicale. — LAMERTIN. Bruxelles, 1900. Nel fascicolo di Agosto annunciai la comparsa della prima puntata di questo volume pubblicato dal Dott. Depage. Sono state pubblicate le altre tre puntate che completano l'opera. Si occupa dei lavori dell'anno 1899. L'avere potuto pubblicare in sì breve tempo un volume di 24 0 pagine con analisi complete e ordinate è un lavoro immane e del quale vanno rese le lodi più incondizionate al Dott. Depage ed ai suoi collaboratori. Io trovo poi lodevolissimo il modo di suddivisione della materia, e cioè la divisione in generalità, in malattie comuni ai tessuti e chirurgia speciale. È così facile orizzontarsi e trovare. Completa poi il lavoro un indice per autore. Alle fatiche del Direttore corrisponda il meritato favore del pubblico; tanto più che Egli non si accontenta del risultato ottenuto, ma promette migliorie per l'anno prossimo. A questo intento si raccomanda perchè gli vengano inviate le nuove pubblicazioni al suo indirizzo: Dott. Depage, Rue de l'Esplanade N. 8, Bruxelles.

A. CECCHERELLI.

Manuel de Pathologie externe. — Paris, Masson, 1900. Nel fascicolo di Febbraio annunciai la pubblicazione dei primi due volumi di questo manuale scritti dai Dottori Reclus e Kirmisson. Ora sono il terzo ed il quarto, compilati dal Peyrot e dal Bouilly. Del terzo ne è autore il Peyrot e tratta delle malattie del collo, petto ed addome; e del quarto il Bouilly il quale si occupa delle malattie degli organi genito-orinari e degli arti. È questa la sesta edizione dell'opera scritta molto bene; cioè scritta con quella convinzione che si ha quando si possiede una grande esperienza sull'argomento.

A. CECCHERELLI.

DE ROUVILLE e BRAQUEHAYE. — **Consultations chirurgicales à l'usage des Praticiens.** Paris J. B Baillière et fils, 1901 E un libro originale e buono, perchè, come dice anche il Prof. Duplay che lo presenta, è utilitario e pratico. Parla delle varie malattie chirurgiche; prima in brevi parole ne distingue gli elementi etiologici ed i segni clinici, e poi finisce col parlare in modo particolareggiato della cura. Ma l'importante è che di questa ne fa cenno non in modo complessivo, ma dettagliandone i casi. Prendo come esempio la contusione del rene. Essi parlano della cura: 1.° quando il paziente è in completo shock; 2.° quando il paziente rimane in condizioni di shock, malgrado la cura; 3.° quando il paziente ha superato il periodo di shock; 4.° quando il paziente ha superato lo shock, ma vi è tumefazione lombare con confini fissi (con o senza ematuria di abbondanza media), polso buono, temperatura a 37, forma soddisfacente; 5.° quando l'ematuria è persistente e dura da qualche giorno e vi sono sintomi di anemia progressiva; 6.° quando la tumefazione lombare aumenta rapidamente di volume; 7.° quando vi è ematuria abbon-

dante e ritenzione di urina per grumi sanguigni. Ed in questo modo sono trattate tutte le malattie. Come si vede non si può disconoscere l'utilità del libro, e leggendolo si può aggiungere anche la bontà e l'originalità, come dissi da principio.

A. Ceccherelli.

Bouchard e Brissaud. — **Traitè de Médecine.** Tome VI et VII. Masson, Paris, 1901. È la seconda edizione di questo pregevole Trattato, e già siamo giunti al sesto e settimo Volume che si pubblicano contemporaneamente.

Nel Volume VI Ruault si occupa delle Malattie del naso e della laringe, Brissaud dell'asma, Le Gendre de la coqueluche, Marfan delle malattie dei bronchi e dei disturbi della circolazione polmonare, Netter delle malattie del polmone. Nel Volume VII Marfan scrive sulle malattie croniche del polmone, sulla tisi polmonare, sulle malattie del mediastino e Netter su quelle della pleura.

La base scientifica di questa opera è presto dimostrata quando si citano i nomi del Bouchard e del Brissaud, vale a dire la modernità congiunta allo studio del passato: e quando si pensi che condirettore ne era pure lo Charcot, l'illustre scienziato, che, dopo dopo avere illustrata l'Anatomia Patologica si rese celebre collo studio delle malattie del sistema nervoso Sono gli allievi di questi tre Uomini che scrivono il Trattato: ma sono Essi che lo ispirano, e quindi non può essere che meritevole delle lodi più incondizionate.

A. Ceccherelli.

Rochet. — **Chirurgie du Rein et de l'uretère.** Paris. G. Steinheil, 1900. Il Chirurgo di Lione in questo libro si occupa delle indicazioni e del manuale operatorio. È una continuazione di altro volume pubblicato nel 1895, in cui si occupava dell'uretra, della vescica e della prostata, venendo così a completare un manuale di malattie degli organi orinari. Quelli di cui si occupa il Rochet in questo secondo volume sono due capitoli della massima importanza, ed il secondo, cioè quello dell'uretere, del tutto nuovo, come è nuovo appunto lo studio chirurgico di quest'organo. L'Autore dice giustamente che non è ancora dato di stabilire, regolare e scegliere processi operatori in base di dati precisi; e perciò bisogna supplirvi con l'esposizione particolareggiata delle osservazioni che costituiscono le operazioni nuove, e con l'esporre le opinioni dei chirurghi più autorevoli. Ed è appunto questo che fa il Rochet nel suo elegante e bel libro, nel quale il lettore potrà trovare dei dati preziosissimi ed utili.

A. Ceccherelli.

Bollettino Bibliografico delle Pubblicazioni Mediche Italiane. — Firenze, Via Alfani, 33. Chi sa le grandi difficoltà che uno studioso incontra per raccogliere i materiali bibliografici in questo periodo di grande attività di produzione scientifica non può che apprezzare ed essere grato a coloro che lo aiutano in tale ardua impresa. Queste difficoltà sono poi considerevolmente aumentate per gli stranieri, i quali vorrebbero conoscere i nostri lavori sparsi nella grande quantità dei giornali che si pubblicano. A questo intento Luigi Nobile-Lojacono e Gustavo Cini addetti alla Biblioteca Nazionale di Firenze e Biblioteca Medica dell'Istituto Superiore di Firenze si sono accinti alla pubblicazione di questo bollettino, coadiuvati per la parte sistematica dal Prof. Pestalozza e dal Dott. Comba. Il lavoro è diviso in diciassette sezioni per facilitare le ricerche ed in ciascuna gli autori sono registrati per ordine alfabetico; e per di più vi è la classificazione decimale. Nei primi undici fascicoli di questa importante e ben fatta pubblicazione, corrispondenti ai primi undici mesi del 1900 sono registrati 3541 lavori compiuti in Italia. Chi si sarebbe immaginata tanta produttività?

A. Ceccherelli.

Trattato Italiano di Chirurgia. — Vol. V. Parte III. Malattie dell'apparato genito orinario maschile e femminile e loro cura Fascicoli 41 e 42. Inverardi. Alterazioni di Statica dell'utero. Calderini, Metriti o infiammazioni dell'utero. Vallardi, Milano, 1900.

Guterbock. — **Malattie chirurgiche degli organi orinari sessuali.** Fascicoli 23 e 24 (fine). Vallardi, Milano 1900.

Spalteholz Atlante Manuale di Anatomia Umana, Puntate V e VI Milano, Vallardi, 1900.

Cuzzi, Mangiagalli, Guzzoni e Pestalozza. — **Trattato di Ostetricia e Ginecologia.** Dispense 73, 74, 75, 76, 77, 78. Milano, Vallardi, 1900.

Dizionario pratico illustrato delle Scienze Mediche. — Fascicolo 17, Milano, Vallardi, 1900.

Tillmanns — **Trattato di Patologia Generale e Speciale Chirurgica.** Puntata 7 del Volume III. Vallardi Milano, 1900. (Con detta puntata è terminata la pubblicazione di questo Trattato, che è uno dei più recenti e che ha dei pregi incontestabili: e cioè in mole non esagerata contiene quello che si ha di importante in Chirurgia non trascurando il vecchio e dando spazio al nuovo. La valentia dell'illustre Chirurgo di Lipsia è arra sicura della bontà delle idee che lo scrittore ha esposto come proprie. È uno dei migliori Trattati che sieno stati pubblicati in questi ultimi anni. Ne fanno fede le varie edizioni che si sono succedute in Germania in breve volgere di anni, sull'ultima delle quali fu fatta la traduzione italiana).

Trattato Italiano di Patologia e Terapia Medica. — Volume IV, Parte II. Fascicoli 240, 241, 242, 243. Piazzo Martini Vincenzo, Malattie dei vasi sanguigni. Cardarelli e Pansini. Malattie nervose e funzionali del cuore. Vol. III. Parte III. Maragliano, Malattie del polmone. Casa Editrice Vallardi, Milano, 1900.

Eulemburg — **Dizionario Enciclopedico di Medicina e Chirurgia.** — Fascicoli 325 e 326. Pasquale e Vallardi, 1900.

SAHLI. — **Manuale dei metodi di esame clinici.** Fascicoli 12 e 13. Vallardi, Milano, 1900.

VILLEROZ. — **Quadri sinottici di patologia esterna.** Milano, Società Editrice Libraria 1900. (Vedi Clinica Chirurgica, 1898. Pag. 95.

CURTI EGISTO. — **Vasto Ematoma suppurato della coscia destra — Emorragia infrenabile — Allacciatura dell'arteria femorale — Guarigione.** (Dal Raccoglitore Medico, 1900). Caso (clinico importantissimo).

SCHIASSI BENEDETTO — **Annotazioni di Clinica Chirurgica Operatoria.** Bologna, 1900. È il rendiconto di una serie di casi, o per meglio dire il rendiconto clinico e ragionato dei casi a lui occorsi nell'Ospedale di Budrio. Fra questi ve ne sono degli importanti, come quelli di simpaticectomia, appendiciti, cura di cirrosi epatica, ecc., e con resultati oltremodo soddisfacenti.

D'EVANT TEODORO. — **Manuale di Anatomia Umana con speciale riguardo alle pratiche applicazioni medico-chirurgiche** Roma, Dante Alighieri, 1900. Puntata seconda, della seconda edizione, riveduta, aumentata ed arricchita di illustrazioni.

PACINOTTI GIUSEPPE. — **La locale progressione dell'echinococco del fegato in rapporto all'ulcera pilorica e alla peripilorite.** Torino, 1900. È una comunicazione alla R. Accademia di Medicina di Torino, nella quale lo studio di un caso lo induce a concludere che esiste una alterazione nervea e vasale, indotta localmente dal fatto meccanico della compressione che si fa diuturna e progrediente col crescere della cisti da echinococco tutt'attorno al pericistio, e che il progredire e l'espandersi della cisti entro i tessuti sia da porsi in rapporto ad una distruzione atrofica, che si esplica a contatto dei tessuti, nei quali si fissa il parassita per fatti di endoarteriti obliteranti e per soppressa influenza nervea. Così ritiene che l'ulcera gastrica nel caso studiato al pari della peripilorite sia stata prolungata dall'alterato trofismo. per invasione nella regione pilorica della cisti da echinococco. Sarebbe questo il primo caso di stenosi pilorica da echinococco.

GIORDANO DAVIDE. — **Note per servire di dilucidazione nella questione dello intervento immediato per ferite penetranti dello addome.** (Dalla Rivista Veneta di Scienze Mediche. Venezia, 1900). È una risposta alle osservazioni del Giordano Enrico, e del Sorrentino comparse nella Gazzetta Internazionale di Medicina pratica.

MINERVINI. — **Einige bakteriologische Untersuchungen über Luft und Wasser inmitten des Nord-Atlantischen Oceans.** (Dal Zeitschrift für Hygiene und Infestionsknankeihen, 1900).

CODIVILLA. — **De l'importance de la transplantation des tendons et de son action sur la paralysie spasmodique de l'enfance.** Dalla Revue d'Orthopedie (Vedi Clinica Chirurgica, pag. 902).

NINNI GIOVANNI. — **Altre 26 laparatomie per ferite penetranti.** Napoli, 1899. (Appartiene agli Atti della R. Accademia Medico-Chirurgica di Napoli. Ne aveva pubblicati altri 24 casi tre anni prima sostenendo l'intervento'.

NINNI GIOVANNI. — **Alcuni casi di Chirurgia Vasale.** Napoli, 1900. (Appartiene agli Atti della R. Accademia Medico-Chirurgica di Napoli. Sono dodici casi importantissimi. Afferma che la recisione della giugulare interna non conduce necessariamente a morte per l'emorragia e l'entrata dell'aria, e che la legatura laterale delle vene è un mezzo sicuro di emostasi.

MAYET LUCIEN. — **Etude sur la repartition gèographique du Goitre.** Dagli Archives Générales de Médecine, 1900

TURAZZA GUIDO. — **Resoconto Clinico dal 5 Agosto 1898 al 31 Dicembre, 1899.** (Dalla Rassegna d'Ostetricia o Ginecologia. 1900).

CUNEO. — **Contributo alla Nefrorrafia.** (Dalla Gazzetta degli Ospitali e delle Cliniche N.º 72. 1900). Narra la storia di due casi, ed espone le idee del Glenard sulla enteroptosi.

CUNEO. — **Contributo alla cura radicale dell'ernia ombelicale negli adulti.** (Dalla Gazzetta degli Ospitali e delle Cliniche N.º 117 del 1900). Storia di cinque casi con osservazioni critiche nei vari processi operatori.

LACROIX. — **Des rèsultats mècaniques du dècubitus dorsal sur le plan horizontal employè pour le traitement du mal de Pott.** Paris. Ad. Coccos, 1900. (Vedi Argomento del giorno).

REMY. — **Traité des varices des membres inferieurs et de leur traitement chirurgical.** Paris, Vigot Frères, 1901. (Vedi Argomento del giorno)

ROBIN ALBERT — **Les maladies de l'estomac — Dignostic et traitement.** Paris. J. Rueff, 1900. (È il primo fascicolo di questo bel lavoro, che tratta della tecnica dell'esplorazione gastrica, e della diagnosi e cura delle dispepsie. Appena terminata la pubblicazione, e cioè gli altri due fascicoli ne sarà reso ampio conto in questo giornale).

NINNI GIOVANNI. — **Compendio di Medicina Operatoria ad uso degli Studenti e dei Medici pratici** Napoli. Casa Editrice D. V. Pasquale, 1900. È un manuale nel quale sono descritte accuratamente le consuete operazioni di metodo, che fanno parte in generale dei corsi di Medicina Operatoria.

JABOULAY. — **Chirurgie du grand sympathique et du corps thyroide.** publieé par le Dott. Martin, Lyon, Storck, Paris. Doin, 1900 (Vedi Argomento del giorno).

VIGNOLO QUINTO. — **Contributo alla fisiopatologia delle varici degli arti inferiori.** Milano. Società Editrice Libraria, 1900. (Vedi Argomento del giorno).

CRONACA.

Marcel Baudoin, il più ardente bibliofilo che si conosca, dopo essere riuscito ad organizzare un Congresso della stampa scientifica, presieduto da Cornil, Richet e Lucas-Campionnière, oggi pensa all'istituzione di un' *Associazione internazionale di Chirurgia*. Egli scrive negli *Archives Provinciales de Chirurgie* così: « È molto tempo che vi avevo pensato; ma sino ad ora mi era parso un progetto prematuro. Quest'anno alla Sezione di Chirurgia del Congresso Internazionale ne ho parlato a varî chirurghi influenti stranieri; e tutti, senza eccezione, sono stati di parere favorevole. È vero che con le tendenze internazionali che mi caratterizzano — è l'appreziazione di un amico! — non ho forse consultato che persone convinte a priori? È forse possibile.... Lo scopo? È chiaro: facilitare i rapporti scientifici tra tutti i paesi dal punto di vista della scienza chirurgica. Gli organi? Un Comitato internazionale permanente ed un'assemblea generale composta di delegatì speciali che si riuniscono di tanto in tanto, ad esempio ogni tre anni. La costituzione? Sarebbe formata dalle diverse Società di Chirurgia dei varî paesi; e per dove non esistono Associazioni nazionali di questo genere sarebbe facile vincere la difficoltà come lo facciamo per l'Associazione internazionale della stampa medica. I giornalisti medici — non è da porre in dubbio che sono i più in vedetta e i più baldi di tutto il campo medico! — hanno dato l'esempio dal 1894. Che i Chirurghi — i rappresentanti i più *furbi* (sottolineo ad arte la parola) del medesimo gruppo professionale — li imitino. Riusciranno certamente come gli Accademici ». L'idea è buona e conviene fare in modo che divenga un fatto compiuto.

*** I Congressi annuali dei Chirurghi Russi avranno luogo a Mosca. Il primo sarà dal 28 al 30 dicembre 1900. *Presidente* Diakonow. — *Vice-Presidente* Bobrow. — *Segretari* Resin e Derujinsky. — *Cassiere* Bereskin — *Consiglieri* Sinitzin, Solowiev e Martinow.

*** La Reale Società Italiana di Igiene ha aperto il Concorso per un manuale sull'Igiene del bambino. Premio L. 500. Dovrà avere il volume di circa 50 pagine e il manoscritto sarà diretto in Via San Paolo 10 non più tardi delle ore 16 del giorno 30 aprile 1901, suggellato e con un motto corrispondente a quello scritto su di una busta suggellata, sulla quale sarà il nome dell'autore. A questi verranno date cinquanta copie del suo lavoro stampato a conto dalla Società.

NECROLOGIO.

A Lione, nell'età di 70 anni, è morto L. OLLIER, il Clinico Chirurgico illustre, al quale sono dovuti importanti lavori, specialmente sulle ossa. È l'Ollier che continuatore delle ricerche di Bernardino Larghi con quei due classici volumi sulla rigenerazione delle ossa studiò l'ampio quesito in modo magistrale e con esperienze, le quali sono tuttora di guida agli studi che sull'argomento si sono consentivamente fatti. E tralasciando le numerose memorie conviene citare anche i tre volumi sulle resezioni, lavoro che poi riepilogò in due vo m che fanno parte dell'Enciclopedie Scientifique

edita dal Masson di Parigi. Buono, colto, era sempre presente là dove di Scienza si parlava, e per la Scienza si combatteva: e l'ultima volta lo vidi salire alla Tribuna, applaudito e venerato, a Parigi in occasione del Congresso Internazionale di cui era Vice-Presidente, per parlare della Osteogenesi chirurgica studiata con la Radiografia. Al Collega, che dirigeva la *Revue de Chirurgie* col Terrier, il Berger ed il Quenu un addio devoto che parte dal cuore: al Maestro che amavo il mesto rimpianto.

A. CECCHERELLI.

*** Nel fiore degli anni improvvisamente moriva LUIGI ACCONCI, Direttore della Clinica Ostetrica e Ginecologica nella R.ª Università di Genova. I suoi lavori gli valsero la fama di erudito, e la sua abilità operatoria di eccellente chirurgo. Adesso stava scrivendo e pur troppo non ha ultimato il capitolo della chirurgia delle ovaia ed annessi per il *Trattato Italiano di Chirurgia*. È una gravissima perdita per l'Italia, per la nostra Scienza. All'Amico carissimo, al Collega un saluto di affetto e di cordoglio.

INDICE

Autori.

Lavori originali.

Necrologia.

Rivista sintetica.

Congressi.

Rendiconti di Accademie, Associazioni e Società.

Rivista dei giornali di chirurgia.

Rassegna della Stampa.

Bibliografia.

Prof. ANDREA CECCHERELLI, *Direttore* — Parma, Strada Vittorio Emanuele, 186

MISSAGLIA GIUSEPPE, *gerente responsabile*.

Stab. Tipo-Lit. della Casa Editrice Dott. Francesco Vallardi, Corso Magenta, 48 — Milano.

CASA EDITRICE Dr. FRANCESCO VALLARDI

LA
CLINICA CHIRURGICA

NOVEMBRE 1900.

PERIODICO MENSILE

Egregio Collega.

Da tre anni che dirigo la Clinica Chirurgica cercai sempre di dare largo campo alle riviste che riguardano i lavori dei Chirurghi Italiani.

Sarebbe però mio intendimento nell'anno prossimo di inaugurare una nuova rubrica, nella quale, per quanto mi è possibile, fosse o con recensione o come semplice citazione registrato tutto ciò che si fa di Chirurgico nella nostra bella Italia. È questo un desiderio che mi è stato espresso anche da illustri Chirurghi stranieri, i quali riconoscendo che grande è la produttività e la valentia dei Chirurghi Italiani, bramerebbero che vi fosse un giornale nel quale, come a fonte sicura, potessero attingere le notizie complete di questo nostro lavoro senza tema di dimenticare a causa della impossibilità di ricercare nel numero considerevole dei giornali che esistono. È un lavoro questo aspro e difficile: ma, al quale, come sempre, mi accingo volentieri per l'amore che porto al mio Paese, alla nostra Chirurgia. Ma non posso raggiungere l'intento se Ella ed i Colleghi tutti non mi aiutano.

La Clinica Chirurgica non può accogliere i lavori tutti dei Chirurghi Italiani. Sebbene il Comm. Vallardi, per l'amore che ha alle sue pubblicazioni, abbia costantemente con molta generosità aggiunti fogli in soprannumero e concessi dei supplementi, la mole della Clinica è tale che renderebbe impossibile una tale completa pubblicazione anche quando non vi si opponessero altre giuste esigenze, e più che tutto il valore di Giornali che onorevolmente combattono le nostre stesse battaglie e che hanno diritto di vivere.

È però possibile pubblicarne la rivista, citarne il titolo e le indicazioni bibliografiche: ed è questo appunto che io mi propongo di fare. Ma perchè non avvengano spiacevoli dimenticanze o lacune occorre che i varî Autori mi aiutino, inviandomi le loro pubblicazioni, sieno esse memorie edite in volume oppure estratto di giornale. Sarà questo un altro mezzo per diffondere i propri lavori all'estero, e provare che gli Ammaestramenti dei nostri grandi Maestri non andarono perduti, in quanto seguiamo sicuri e con orgoglio la via tracciata.

Con immensa stima, di Lei egregio Collega

Devotissimo

Prof. ANDREA CECCHERELLI

PARMA, *Strada Vittorio Emanuele N.* 186.